Nr. 48. 2. grudnia 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Roman J. LESZCZYŃSKI. Poznań.

Ze studjów nad hydrastyniną: działanie na oko.

(Z Zakładu farmakologji Uniwersytetu Poznańskiego. Dyr. Prof. Dr. H. Lubieniecki).

Doniesienie tymczasowe.

Hydrastyna i produkt utlenienia tejże hydrastynina należą do alkaloidów dotychczas mało poznanych. Obu tych ciał używano dotychczas w terapji jako środków zmniejszających upływ krwi przez sprowadzenie skurczu naczyń krwionośnych, ponadto jako środków kurczących macicę. Mechanizm działania naczyniowego tych ciał nie został jeszcze ostatecznie wyjaśniony. Dotyczy to przedewszystkiem pytania, czy rzeczonym ciałom należy przyznać, obok działania pobudzającego na ośrodek wazomotoryczny, także działanie obwodowe. W doświadczeniach swoich zająłem się bliżej sprawą działania hydrastyniny, która ma większe zastosowanie praktyczne niż hydrastyna, z powodu mniejszej swojej jadowitości. Podkreślić muszę, że po przeczytaniu odnośnej literatury co do hydrastyniny, zacząłem swoje doświadczenia z zamiarem wykazania działania hydrastyniny na nerw współczulny. Przez analogję z adrenaliną z góry teoretycznie doszedłem do tego przekonania, że hydrastynina musi mieć także wpływ na szerokość źrenicy. Jakkolwiek mój pogląd co do punktu zaczepienia hydrastyniny okazał się niesłuszny, to jednak udało mi się istotnie stwierdzić działanie hydrastyniny na źrenicę. Z prac nad działaniem hydrastyniny na źrenicę znana mi jest tylko praca H. Meyera z Wiednia, w której tenże autor stwierdza zwężenie źrenicy u gołębia pod wpływem hydrastyniny. Działanie to ma polegać na obwodowem pobudzeniu zakończeń nerwu okoruchowego. Z moich doświadczeń wynika, że w odróżnieniu od oka ptaków, które mają umięśnienie prążkowane, oko człowieka, świnki morskiej, królika (w pewnych przypadkach), myszy białej i żaby odpowiada na hydrastyninę rozszerzeniem źrenicy. U człowieka stwierdzam po wkropleniu do oka 3% hydrastyniny (Hydrastyninum mur. Merck), dwukrotnem w ciągu kilkunastu minut, nieznaczne rozszerzenie źrenicy. Gdy natomiast wkraplałem 5% hydrastyninę co kilkanaście minut kilkakrotnie, to z końcem godziny stwierdzam rozszerzenie źrenicy maksymalne, większe niż po kokainie, przyczem akomodacja ulega parezie, przy utrzymanym odruchu na światło. Stan ten trwa do ośmiu dni. Nie stwierdzam natomiast anemizacji spojówki, jak po adrenalinie lub kokainie, ani też znieczulenia miejscowego. Podkreślić trzeba, że na hydrastyninę odpowiadają źrenice zarówno sympatykotoników jak i wagotoników. Nie wdając się na razie na tem miejscu w szczegółową analizę działania hydrastyniny na źrenicę (co uczynię wkrótce w osobnej pracy), podkreślić muszę, że działanie to uważam za parasympatyczne. Hydrastynina jednak nie poraża zakończeń nerwu okoruchowego (jak typowy jad parasympatyczny, atropina) lecz zmniejsza tylko ich pobudliwość. Jest zatem jadem, który co do siły i długotrwałości działania należy postawić między atropiną a homatropiną. Czy środek ten znajdzie zastosowanie praktyczne w okulistyce jako mydriaticum, tego narazie przewidzieć nie można, gdyż nie znamy jeszcze danych co do zachowania się ciśnienia wśródocznego pod wpływem hydrastyniny. W każdym bądź razie uważam stwierdzone przezemnie rozszerzenie źrenicy za fakt bardzo interesujący teoretycznie dla poznania cechy charakterystycznej tego jadu, zwłaszcza, że moje doświadczenia na narządach zwierząt ciepłokrwistych i zimnokrwistych wskazują na to, że hydrastyniny nie można uważać za jad sympatyczny (Angielscy badacze Barger i Dale nazywają ją jadem sympatico-mimetycznym).

Dr. Kazimierz TYSZKA, asystent kliniki. Lwów.

Uwagi nad odczynem serodjagnostycznym Botelho przy rozpoznawaniu raka*).

Z Kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Wszelkie sposoby, ułatwiające rozpoznanie wczesne raka, są bardzo ważne, gdyż pomimo daleko posuniętej techniki roentgenowskiej i innych metod badania klinicznego często mamy do czynienia z przypadkami wątpliwemi, gdzie same objawy kliniczne i Roentgen nie są wystarczające do rozpoznania.

Dlatego też wielu badaczy chciało spożytkować zmiany fizyko-chemiczne i biologiczne, zachodzące w surowicach osobników dotkniętych rakiem, dla celów serodjagnostyki nowotworów.

W tym celu starano się zastosować wszelkie znane metody badań serologicznych, jak odczyny hemolityczne, precypitacyjne, wiązania dopełniacza i inne dla celów rozpoznawczych raka (Zubrzycki).

Wszystkie te metody posiadają tę wspólną cechę, że w pewnej liczbie przypadków dają odczyn ujemny, pomimo istnienia nowotworu, a czasami dają wynik dodatni w przebiegu schorzeń nie nowotworowych, a powodujących przeważnie charłactwo.

Ostatnio Botelho podał nowy sposób serodjagnostyki raka, oparty na własności surowicy ludzkiej dawania osadu pod wpływem roztworu jodu w jodku potasowym w obecności kwasu cytrynowego.

Osad ten najwybitniej występuje w surowicach rakowatych, w których można go strącić małemi ilościami roztworu jodu, nie wystarczającemi do strącenia w surowicach normalnych.

Botelho i Wilbouchevitch nie podają zupełnie, od czego odczyn ten zależy.

Cabanis i Foulquier spostrzegali występowanie odczynu dodatniego w mocznicy. Oni też przeprowadzali badanie nad ilością mocznika we krwi tych chorych, u których odczyn B. był dodatni. Ilość ta wypada im stale wyższa, niż normalnie. Z powodu chwilowego braku odczynników nie mogłem przeprowadzić większej ilości badań kontrolnych mocznika we krwi, natomiast stwierdziłem u osobników, u których występował odczyn dodatni, wzmożoną ilość azotu pozabiałkowego we krwi.

Badania Cabanis'a i Foulquier'a nad ilością mocznika, jak również moje nad ilością azotu pozabiałkowego potwierdzają badania Ramonda i Zizine'a nad produktami rozpadu autolitycznego, jakiemu łatwo ulega komórka nowotworowa we krwi.

Autorzy ci określali mocznik, azot całkowity i azot pozabiałkowy w surowicy krwi przy wyłącznej djecie (2 litry mleka na dobę) i znaleźli, że 1) u chorych rakowatych wszystkie ciała azotowe znajdują się w ilości większej w surowicy krwi i w moczu, niż u nierakowatych, i 2) stosunek azotu aminowego do azotu całkowitego w moczu dochodzi u rakowatych do 5,46, podczas gdy u normalnych wynosi 1,63.

Jednak oprócz rakowatych autorzy ci znajdowali liczby przybliżone do powyższych również przy szybkich wychudnięciach i przy kwasicach (cukrzycowej, z wewnętrznego ropienia, z gorączki długotrwałej).

Dalsze badania w tym kierunku wyjaśnią nam zapewne przyczynę powstawania strątu przy odczynie Botelha.

Do wykonania tej reakcji potrzebne są następujące odczynniki:

1) surowica rozcieńczona pół na pół fizjologicznym roztworem soli kuchennej 7,5‰;

*) Wygłoszone na V. Zjeździe Internistów polskich w Wilnie dnia 10. VII. 1923 r.

2) Ac. citric. 5,0, Formoli 1,0, Aqu. destil. 100,0;

3) roztwór jodu: Jodi 1,0, Kali jodati 2,0, aqu. destil. 210,0.

Odczyn wykonuje się w ten sposób, że do 2 cm^3 roztworu kwasu cytrynowego dodaje się 0,5 cm^3 już rozcieńczonej poprzednio surowicy, poczem szybko naraz 0,7 cm^3 roztworu jodu w jodku potasu. Tworzy się osad, który w normalnych surowicach rozpuszcza się szybko, w rakowatych zaś pozostaje. Czasami wystarcza już 0,7 ccm roztworu jodowego, niekiedy jednak trzeba dodać jeszcze 0,1—0,2 ccm; gdy się jeszcze i wtedy utworzy osad, to możemy również przyjąć obecność raka, gdyż normalne surowice dają osad dopiero po dodaniu conajmniej 1,0 ccm roztworu jodowego.

Cabanis i Foulquier używali zamiast kwasu cytrynowego kwas mlekowy i przeprowadzili badania z temi samemi surowicami, w których do wywołania odczynu użyli poprzednio kwasu cytrynowego. Wyniki otrzymali identyczne.

Wilbouchevitch, przerabiając odczyn ten z surowicami osobników dotkniętych rakiem, otrzymał wynik dodatni w 75% (na 52 przypadki — 39 pewnych, 5 wątpliwych, 8 ujemnych). Cabanis i Foulquier na 16 przypadków otrzymali 15 dodatnich i 1 wątpliwy. Guérin na 17 przypadków 16 dodatnich, 1 wątpliwy.

Reakcję tę przerobiłem na 32 osobnikach, dotkniętych rakiem (przeważnie przewodu pokarmowego), i otrzymałem 29 odczynów dodatnich i 3 ujemne, a więc dodatnie stanowią 90%.

Z tych 3 przypadków ujemnych jeden — Carcinomatosis peritonei — był zbadany anatomicznie. Pozostałe dwa dotyczyły chorych, dotkniętych rakiem żołądka.

Odczyn ten przerobiłem również na szeregu surowic normalnych lub też dotkniętych schorzeniami nierakowatemi. Surowice normalne dawały wszystkie wynik ujemny. Z surowic patologicznych surowice chorych dotkniętych wrzodem żołądka dawały również zawsze wynik ujemny, co podkreślam jako czynnik mogący niekiedy być pomocnym w rozpoznaniu różniczkowem między tem schorzeniem a rakiem.

Wogóle na 50 surowic patologicznych, nie dotkniętych rakiem, otrzymaliśmy 6 wyników dodatnich, z tego 3 przy schorzeniach nerkowych, 1 przy torbieli jajnika, 1 przy cukrzycy, 1 przy marskości wątroby, a więc 12%. Przebyta kiła niema wpływu na wynik odczynu, podobnie i naświetlanie promieniami Roentgena.

Guérin otrzymał wynik dodatni przy zap. ucha środkowego, gruźlicy płuc. Nasze przypadki gruźlicy płuc dawały wynik ujemny.

Zestawiając wyniki otrzymane przychodzimy do następujących wniosków:

1) Metoda Botelho jest najprostszą i najszybszą pomocniczą metodą serologiczną przy rozpoznawaniu raka.

2) Reakcja ta występuje dodatnio w 90% przypadków.

3) Reakcja ta, aczkolwiek nie jest specyficzna, jednak wobec tego, że rzadko przychodzi do różniczkowania raka z temi schorzeniami, które dają niekiedy wynik fałszywy dodatni, może często oddać usługi do ustalenia rozpoznania raka.

Piśmiennictwo.

1) Zubrzycki: Odczyny serologiczne przy raku. Kraków 1918. 2) Wilbouchevitch: Comptes Rend. d. Soc. d. Biol. 1922. Nr. 39. — 3) Guérin: Comptes Rend. d. Soc. d. Biol. 1923. Nr. 17. — 4) Cabanis i Foulquier: Comptes Rend. d. Soc. d. Biol. 1923. Nr. 13.

Doc. Dr. Stan. KLEJN, Ord. Szpit. na Czystem. Warszawa.

Przetaczanie krwi w niedokrwistości złośliwej.

(Odczyt wygłoszony w Warszawskiem Towarzystwie Biologicznem dnia 21 lutego 1923 r.)

Jeżeli w przypadkach obfitej utraty krwi wskazania do transfuzji i sposób jej działania są stosunkowo proste, a wyniki osiągane są zupełnie zadawalające i nie ulegają kwestji, to w przypadkach *anaemiae perniciosae* wskazania te mogą być sporne, a działanie transfuzji i jej wyniki są bardzo trudne do zrealizowania i niezupełnie ustalone.

Mamy tu bowiem do czynienia nie tylko z brakiem krwi wogóle, t. j. z brakiem krążków czerw., hemoglobiny, białka i innych ważnych składników, ale często przez cały ciąg choroby, lub czasowo działają szkodliwie na krew i na narządy krwiotwórcze rozmaite bliżej nieznane czynniki, wywołujące zatrucie ustroju oraz rozpad krążków, któremu uledz mogą również i świeżo wprowadzone do krwiobiegu krążki, i w ten sposób mogące osłabić pomyślne skutki zabiegu. Z drugiej znów strony widujemy tu przypadki, nieraz nawet bardzo ciężkie, w których, często bez żadnego z naszej strony współdziałania, występuje samoistna poprawa stanu ogólnego oraz stanu krwi, dochodzącego nawet do normy: t. zw. remisje, fakt, który według moich spostrzeżeń nie jest wcale tak rzadki, a którym jedynie wytłumaczyć sobie można ową skuteczność rozmaitych metod leczniczych, zarówno starych, jak i nowych, teoretycznie nieraz słabo uzasadnionych, jak choćby np. zachwalanej ostatnio przez Seyderhelma kolostomji z następczem przepłukiwaniem kiszek, oraz usuwania szpiku kostnego z kości goleniowej. Rozumie się, iż w takich przypadkach skuteczność działania transfuzji może być podana w wątpliwość z taką samą racją, jaką się kierujemy w ocenie metod wspomnianych.

Wreszcie pamiętać należy, że niedokrwistość złośliwa należy do cierpień nieuleczalnych, przypadki zaś wyleczenia można policzyć na palcach i nie są one bez zarzutu. Z tego też powodu celem transfuzji w cierpieniu omawianem nie może być wyleczenie chorego, lecz osiągnięcie owej remisji drogą sztuczną, a mianowicie przez przetrzymanie chorego przez ów krytyczny czas i danie mu przez to możności dożycia do tego okresu, który albo sam nastąpi, albo zostanie przez nas zapomocą transfuzji przyśpieszony. Stąd wynika wskazanie do transfuzji: ciężki stan chorego, który nie daje nadziei na rychłą samoistną poprawę i nie pozostawia czasu na stosowanie innych metod leczenia, zawsze bardzo powolnie i niepewnie działających.

Wobec tego powstaje kwestja, jak działa transfuzja w niedokrwistości złośl. i czy można zapomocą niej otrzymać czasową poprawę krwi, ewent. remisję. Dla rozstrzygnięcia tej kwestji nie wystarczą doświadczenia na zwierzętach; niedokrwistości złośliwej typowej nie umiemy wywołać doświadczalnie, niezbędny tu jest materjał kliniczny bardzo obfity.

Z góry muszę zaznaczyć, że trudności są tu olbrzymie; najlepiej, sądzę, zilustrują je dwa fakty, a mianowicie, że dotychczas, pomimo kolosalnego materjału i mnóstwa prac, nie posiadamy dokładnego miernika rozpadu krwi w warunkach normalnych, nie znamy również dokładnie mechanizmu i przyczyn wahań, zachodzących w składzie krwi pod wpływem rozmaitych czynników zarówno farmakologicznych, jak i chorobowych.

Jeżeli mimo to wszystko występuję tu z wynikiem własnych spostrzeżeń w tej dziedzinie, spostrzeżeń zresztą bardzo nielicznych, to czynię to w tej myśli, że skieruję uwagę Panów na pewne ciemne dotychczas punkty z dziedziny fizjologji patologicznej krwi, które wymagają wyjaśnienia.

Materjał mój opiera się na obserwacji 18 przypadków niedokrwistości złośliwej, typowych pod każdym względem i, co najważniejsza, bardzo ciężkich, co do pewnego stopnia wyklucza zarzut przypadkowości poprawy po transfuzji. Postawiłem bowiem sobie za zasadę nie wykonywać transfuzji w przypadkach już na pierwszy rzut oka niezbyt ciężkich, to też wielokrotnie przekonywałem się później, że następowała tu wyraźna poprawa — czy wskutek przeprowadzonych przezemnie zabiegów, czy też po nich, nie miejsce o tem mówić — ale poprawa niewątpliwa, którą łatwo można byłoby złożyć na karb transfuzji.

Transfuzję krwi, wyłącznie z dodatkiem 0,25% cytrynianu sodu, wykonywałem jedynie w przypadkach silnego spadku liczby krwinek (maxim. rzadko przewyższało 1,200 000, min. wynosiło 514.000). W tych przypadkach, w których liczba krwinek dochodziła do powyższej maksymalnej granicy, miarodajne dla mnie były jeszcze inne objawy charakteru przedmiotowego i podmiotowego, a mianowicie: silne bardzo osłabienie z omdleniami, wymioty, rozwolnienie i usposobienie krwotoczne.

Wiek chorych, przypadkowo samych kobiet, wahał się

w granicach między 50 l. (raz jeden), a 14 (raz 1.); większość chorych była w wieku około 30 lat. Teoretycznie możnaby było uważać wiek podeszły chorych za nienadający się do tego zabiegu, doświadczenie pouczyło mnie jednak, że czynność krwiotwórcza u takich chorych nie zawsze jest upośledzona, widywałem bowiem w tym wieku przypadki niedokrewności złośliwej, w których poprawa dość wyraźna występowała samoistnie bez żadnego leczenia. Ilość przetoczonej krwi przeważnie wynosiła 400—500 cm. sz., raz jeden, u najmłodszej chorej 14-letniej, tylko 120 (z powodów odemnie niezależnych).

Z wymienionych 18 przypadków, niestety, nie wszystkie miałem w obserwacji o tyle długo, żebym był w stanie ocenić trwałość osiągniętych wyników. Przypadki te jednak razem z pozostałemi pozwalają wyrobić sobie zdanie co do chwilowego wyniku zabiegu, który pod wieloma względami niczem się nie różnił od wyniku w anemji pokrwotocznej.

Otóż muszę tu z całym naciskiem zaznaczyć znakomite wprost działanie zabiegu, nietylko na ogólny stan chorych i to wszystkich bez wyjątku, ale i na niektóre objawy przedmiotowe. Przedewszystkiem uderzała nagła i bezpośrednia poprawa stanu ogólnego: chore, które przedtem dostawały przy siadaniu zawrotów głowy, nudności i wymiotów, nic nie jadały, po zabiegu siadywały same na łóżku, żądały jedzenia, nie wymiotowały, apatyczne nabierały humoru, rozwolnienie ustawało. Niektóre chore czuły się tak dalece pokrzepione, że 4—7-go dnia po transfuzji udawały się w podróż powrotną na prowincję — dotyczyło to prawie połowy chorych. Pozatem we wszystkich przypadkach usposobienia krwotocznego krwotoki ustawały, jeżeli nie zaraz, to po kilku dniach. W 3 przypadkach, w których były typowe objawy ze strony języka (język Huntera), które chorym dokuczały i przeszkadzały w jedzeniu, objawy te znacznie złagodniały, w jednym nawet znikły. Ten stan euforji trwał rozmaicie długo. W 5 przypadkach, dłużej obserwowanych, trwał on tak długo, że stopniowo przeszedł w remisję, która trwa do dnia dzisiejszego (9—15 miesięcy) i która tylko przy dokładnem badaniu daje się odróżnić od normy. W innych natomiast przypadkach trwała krócej. Tak np. u kobiety 50-letniej — trwała 5 tygodni, po następnej transfuzji, wykonanej później — tylko 2 tygodnie. W innym przypadku po poprawie, która trwała 2 miesiące, nastąpił powrót do stanu poprzedniego, z którego jednak, dzięki przesileniu samoistnemu, chora wstąpiła w stan remisji, który trwa po dziś dzień (9 miesięcy).

W żadnym z krócej obserwowanych przypadków, w ciągu pierwszych 6—10 dni pogorszenia nie obserwowałem. W jednym tylko przypadku wynik był mniej wydatny, ale dotyczył on dziewczyny 14-letniej, u której z powodów odemnie nie zależnych (dawca zemdlał podczas upustu krwi) mogłem przetoczyć tylko 120 ccm. krwi. Ale i tu poprawa była dość wyraźna pod względem nawet przedmiotowym: liczba krążków z 514,000 w ciągu 2 dni podniosła się do 709,000. Stan ten trwał jednak bardzo krótko. Co się tyczy właśnie zachowania się liczby krwinek w pierwszych dniach po przetoczeniu, to notowany przezemnie wzrost ich przewyższał znacznie liczbę wprowadzonych z zewnątrz. Obliczenia te nie mogą być ścisłe, nie znamy bowiem dokładnie ilości całkowitej krwi ustroju. W każdym jednak razie, przy uwzględnieniu wszelkich możliwych błędów, mogliśmy stwierdzić, że liczba ta była niejednokrotnie dwa a nawet trzy razy większa od liczby krwinek wprowadzonych.

Z doświadczenia, jakie zebrałem w przypadkach przesilenia w niedokrwistości złośliwej oraz po wyłuszczeniu śledziony w żółtaczce hemolitycznej przekonałem się, że największa liczba krwinek, jaką ustrój może samoistnie w ciągu doby wyprowadzić ze szpiku do krwi, wynosi około 75.000 na 1 mm³. Otóż w pierwszych dniach po transfuzji liczba ta dochodziła do 250 i nawet do 300.000. Skąd się te krwinki tu brały? Najprostsze jest przypuszczenie, że ze szpiku kostnego pod wpływem wprowadzonych do krwi płynów białkowych (rodzaj proteinoterapji), a może nawet wody i soli, wpływ dawniej już zauważony przez D u n i n a w niedokrwistości złośliwej, który mu dał asumpt do stosowania hypodermoklizy w leczeniu tej choroby. Objaśnienie to jednak nie wytrzymuje ścisłej krytyki, a to ze względu na to, że w takim razie powinniśmy byli zauważyć jednocześnie, jeśli nie stale, to choć czasowo, zwiększenie liczby erytroblastów we krwi lub pojawienie się ich tam, gdzie ich nie było. To jednak nie zawsze miało miejsce. Wobec tego należy uwzględnić inny jeszcze czynnik, a mianowicie zmniejszenie zawartości wody we krwi. Otóż w niektórych przypadkach, w których były obrzęki, zauważyłem znikanie ich po transfuzji, coby za tem objaśnieniem przemawiało. Być jednak może, że tu ma pewne znaczenie zwężający wpływ wprowadzonej krwi na naczynia, podobny do wpływu adrenaliny (H. H a n d o w s k y i E. M e y e r[1]). Do pewnego stopnia sprawa ta dałaby się skontrolować przez badanie ciśnienia krwi oraz zawartości białka lub wody we krwi, co niestety nie zawsze daje się przeprowadzić.

Podobne zwiększenie liczby krwinek, ale w anemji pokrwotocznej, zauważyli również inni badacze: wahało się ono w podobnych granicach. Wyjątkowy jednak pod tym względem jest przypadek z kliniki Döderleina (S c h o l t e n[2]), w którym w 2 g. po przetoczeniu 200 ccm. krwi liczba krwinek podniosła się z 2,600.000 do 3,850.000. a po trzech dniach — do 4 milj. Przypadek ten trudno objaśnić jedynie działaniem regeneracyjnem szpiku: grała tu rolę zmienna zawartość wody we krwi. Sądzę, że w niedokrwistości złośliwej oba te czynniki działają równocześnie.

Co się tyczy tych przypadków, w których zwiększenie się liczby krwinek odpowiadało mniej więcej liczbie wprowadzonych, to trudno tu stanowczo rozstrzygnąć, czy zwiększenie to zależy od transfuzji wprost, czy też pośrednio. Badanie morfologiczne krwi nie dało mi w tej mierze pewnych danych (postać krążków, polichromatofilja).

Niektórzy autorowie starali się rozstrzygnąć tę sprawę zapomocą metod serologicznych, badaniem na izoaglutyniny, a mianowicie przez określanie stosunku ilościowego we krwi rodzaju krwinek wprowadzonych do rodzaju krwinek chorego. Na zasadzie takich badań H o t z[3] i A s h b y[4] doszli do przekonania, że krwinki wprowadzone pozostają w krwiobiegu jako elementy czynne w ciągu 30 a nawet 100 dni, co stanowczo przeczy normalnym nawet warunkom, nie mówiąc już o niedokrwistości złośliwej. Metoda ta jest mało jeszcze sprawdzona; tu trzeba nadmienić, że tam, gdziebyśmy mieli do czynienia z dopływem krwinek ze szpiku, prowadziłaby ona do wyników błędnych.

W każdym jednak razie, bez względu na swe pochodzenie, zwiększenie to liczby krwinek w pierwszych dniach po transfuzji w zupełności wystarcza do objaśnienia pomyślnych skutków bezpośrednich tego zabiegu.

Zaznaczony powyżej wpływ transfuzji na ogólny stan chorych i na pewne objawy somatyczne zakłócają jednak często przykre objawy, które na szczęście trwają zwykle krótko i nie pociągają za sobą, o ile sądzić wolno, żadnych złych następstw. Mówię tu o występujących bezpośrednio po transfuzji dreszczach, gorączce i niekiedy wymiotach. W moim materjale objawy te wystąpiły 14 razy. Inni autorzy również je opisują. Według statystyki amerykańskiej (B e r n h e i m[5]) występują one w 20% przypadków po użyciu krwi cytrynianowej, a w 5 tylko przy bezpośredniem przetaczaniu krwi. Co się tyczy przyczyny tych objawów, to F r e u n d[6]) np. jest zdania, że nie mamy tu do czynienia ani z t. zw. zaczynem włóknikowym, ani z izoaglutyninami, ani z hemolizą, lecz z produktami rozpadu płytek, który następuje bardzo szybko po zebraniu krwi i zostaje zwiększony przez zetknięcie się krwi z alkalicznem szkłem, przez czynniki mechaniczne, jak np. mocne kłócenie krwi i jest w ścisłej zależności od ilościowej zawartości płytek we krwi u dawcy, co objaśnia, że np. krew pewnych osobników, zawierająca te twory w liczbie większej, daje mocniejszy odczyn, niż krew innych. Takiż odczyn można wywołać z krwią własną chorych, jeżeli zawiera dużo płytek.

Objawy opisane występują natychmiast po przetoczeniu, a często nawet podczas niego, szczególnie gdy ono trwa cokolwiek dłużej. Do pewnego stopnia można ich uniknąć albo osłabić ich natężenie przez stosowanie pewnych ostrożności, a mianowicie: 1) Roztwór cytrynianu sodu, chemicznie czy-

stego, powinien być świeżo przygotowany na dobrej wodzie — stare roztwory dawały mi zawsze objawy silniejsze. 2) Nie należy używać zbyt dużo cytrynianu sodu, gdyż większe ilości niewątpliwie niszczą składniki krwi. 3) Krew zebrana nie powinna zbyt długo pozostawać niezużytą. 4) Najważniejsze: nie należy zbyt mocno kłócić krwi z cytrynianem sodu, szczególnie twardemi narzędziami, przez co niszczą się nie tylko płytki, ale i krążki krwi. Ażeby całkiem uniknąć tych objawów, sądzę, że najlepszą drogą do tego byłoby przetaczanie samych krwinek wolnych od surowicy, a więc i od płytek. Niestety dotychczas nie udało mi się tego przeprowadzić, a jedyna chora, u której mogłem to uczynić — miałem do rozporządzenia krew od chorej z erytremją — zmarła przed samym zabiegiem.

Poza objawami wspomnianemi zaznaczyć należy jeden, występujący cokolwiek później, a mianowicie na 2-gi dzień, nieraz dopiero na 4-ty po zabiegu: jest to urobilinurja, niekiedy dość silna, połączona niekiedy z żółtaczką (2 razy), — a więc objaw świadczący o wczesnej hemolizie krwi wprowadzonej.

Rozumie się, że ten objaw objaśnić mogą do pewnego stopnia własności hemolityczne ustroju naszych chorych; objaśnienie to jednak z wielu względów jest niewystarczające, choćby dlatego, że nic nie wskazywało, żeby u chorych tych przed transfuzją hemoliza była bardzo wydatna; zresztą objawy hemolizy po transfuzji widujemy często i w anemji pokrwotocznej. Tu, zdawałoby się, mogłyby mieć znaczenie spostrzeżenia Edena[7]) oraz Levine i Segall'a[8]), którzy stwierdzili, że charakter grupowy krwi nie jest zjawiskiem stałem, lecz często zmiennem i zmieniającem się czasowo pod wpływem rozmaitych czynników wpływających na koloidy krwi. Do takich czynników zaliczają oni: chininę, sole wapnia, antypirynę, arszenik, narkozę i promienie Roentgena. Pod wpływem tych środków charakter krwi czasowo może się zmienić i przejść w inny, aby w końcu powrócić do stanu pierwotnego. Jest rzeczą zrozumiałą, że wprowadzenie krwi, zawierającej masę koloidów, może mieć taki sam wpływ, jak czynniki wyżej opisane. Dotychczasowe, coprawda, badania np. Scholtena oraz Meyera i Ziskoven'a[9]) nie potwierdziły wyników wspomnianych autorów, ale wielu badaczy zwracało już dawniej uwagę na to, że wyniki badań serologicznych nie zgadzają się często z wynikiem transfuzji. Tak np. Oehlecker[10]) przekonał się, że krwinki, które przy badaniu serologicznem sklejały się pod wpływem wszystkich rodzajów surowic, nie wywoływały żadnych objawów po transfuzji krwi w ilości nawet jednego litra. To samo widział bardzo często Umber[11]) z krwią odwłókniową. Percy[12]) oraz Behne i Lieber[13]), Bumm[14]) oraz Kadjipetros[15]) mieli przypadki wprost odwrotne. Klinger[16]) uważa wprost, że w krwiobiegu brak warunków niezbędnych dla powstawania objawu aglutynacji, a mianowicie nieruchomości krwinek i dlatego uważa nawet próbę na aglutynację za zupełnie zbyteczną. Coprawda, większość autorów i ja wraz z nimi nie wykonywam transfuzji bez tego badania, ale przypadki moje oraz innych autorów z hemolizą po transfuzji dają dużo do myślenia i wymagają koniecznie sprawdzenia nie tylko na aglutynację lecz i za pomocą badania na hemolizę, co ostatnio zaleca Jantzen[17]).

Podnoszę jedno, mianowicie, że ze względów powyższych niecelowe jest przetaczanie krwi z grupy O, która w każdym razie aglutynuje krwinki innych grup. Najlepiej wybierać grupę jednakową z grupą chorego. Niecelowe jest także posługiwanie się jedną i tą samą krwią dla kilkakrotnej transfuzji, chorzy bowiem stają się uczuleni na raz już wprowadzoną krew (Astrowe[18]).

Poza wyszczególnionemi przyczynami hemolizy krwi, należy uwzględnić jeszcze inną, a mianowicie autorzy amerykańscy, jak np. Unger[19]) Drinker i Brittingham[20]), są zdania, że cytrynian sodu czyni krwinki więcej łamliwemi, co szczególnie ważne może mieć znaczenie w *anaemia perniciosa*, wskutek czego, a także wobec kilku zanotowanych przypadków śmiertelnych po transfuzji, uważają, iż cierpienie to stanowi przeciwwskazanie do stosowania cytrynianu sodu. Jednakże badania innych autorów nie potwierdziły tych danych, tak np. Scholten[2]) nie znalazł pod względem hemolitycznym różnicy pomiędzy krwią czystą i cytrynianową, a Umber[11]), który w 47 przypadkach niedokrwistości złośliwej wprowadzał po 300 cm. krwi odwłóknionej, uprzednio zbadanej na aglutynację, i bez dodatku cytrynianu sodu miał w 5 przypadkach nawet hemoglobinurję, ale bez żadnych złych następstw dla chorych, przeciwnie nawet większość poprawiła się znacznie.

Silna urobilinurja znikała zwykle już po 10 dniach; dotyczyło to głównie przypadków z poprawą stanu krwi. W przypadkach zakończonych niepomyślnie urobilinurja trwała aż do śmierci. W połowie jednak moich przypadków (w jednym po 120 cm krwi) urobilinurji nie było. Fakt braku urobilinurji nie wyklucza jednak wcale, iż pewna nieznaczna może liczba krążków wprowadzonych ulega stopniowemu rozpadowi, który wątrobie udało się opanować.

Tu powstaje kwestja dość trudna do rozstrzygnięcia, a mianowicie w jakich granicach waha się normalny rozpad, niedający urobilinurji. Dotychczasowe próby określenia ilościowego rozpadu normalnego krwinek zapomocą badań zawartości urobiliny w kale (Eppinger[21]) oraz bilirubiny w żółci (Medak i Pribram[22]) nie dały wyników ścisłych. Sądzę, że ściślejsze dane możnaby było otrzymać przez badanie ilościowe krwi na bilirubinę, która stanowi najdokładniejszy miernik rozpadu krwi. W moich przypadkach, w których badanie takie wykonałem, a z których w 2 urobilinurja była mało wydatna, przekonałem się, iż zawartość bilirubiny we krwi powiększała się trzykrotnie już na 2-gi dzień po transfuzji; objaw ten trwał około 7 dni. Przypadki te w liczbie 2 poprawiły się znacznie. Wobec braku danych co do stosunku ilościowego rozpadłej krwi do zawartości bilirubiny w surowicy trudno na zasadzie tych badań wypowiedzieć się co do rozmiarów rozpadu; o ile sądzić wolno, był on nie duży, z wyjątkiem przypadków, w których wystąpiła żółtaczka.

Na szczęście objawy hemolizy nigdy nie są groźne dla chorych. Dotyczy to zarówno moich przypadków jak i przypadków innych autorów. Nieliczne przypadki śmierci muszą być rozpatrywane bardzo krytycznie i nie zawsze były w ścisłym związku z samym zabiegiem. (Seifert[23]).

W każdym razie cała sprawa rozpadu w ostateczności redukuje się do tego, że część krwi przetoczonej, właściwie krwinek, ginie dla ustroju po pewnym czasie po części nieprodukcyjnie, t. j. że nie wchodzi w skład jej normalnego ustroju, co jest jednak ideałem każdej transfuzji. Pewna jednak część krwinek niewątpliwie pozostaje w ustroju i spełnia tam swoistą czynność fizjologiczną.

Wobec niewątpliwego faktu, że bardzo często chorzy po tym zabiegu, pomimo hemolizy, poprawiają się na czas krótszy lub dłuższy, powstaje pytanie, czy te produkty rozpadu krwinek nie biorą udziału w tem działaniu pomyślnem, a to przez podrażnienie szpiku kostnego i pobudzenie go do bardziej skutecznej działalności. Że te wytwory rozpadu mają takie działanie, nie ulega zdaje się wątpliwości, bliższy mechanizm tego zjawiska nie jest nam jednak znany. O ile w anemji pokrwotocznej pogląd ten z trudnością może być kwestjonowany, o tyle w niedokrwistości złośliwej może on podlegać pewnym zarzutom, a to między innemi z tego względu, iż, jak to już nadmieniliśmy, cierpienie to wykazuje w swoim przebiegu samoistne remisje, które łatwo złożyć na karb transfuzji. Do pewnego stopnia sprawa ta daje się rozstrzygnąć na drodze statystyki. Z obliczeń moich dokonanych na materjale własnym wynika, że blisko 50% przypadków niedokrewności złośliwej daje remisje. Otóż materjał infuzyjny niedokrwistości złośliwej jest bardzo duży, dokładnie obliczyć go nie sposób. Ale z przejrzanych przezemnie danych w piśmiennictwie zebrałem około 400 przypadków transfuzji, z tych przeszło 80% wykazało wyraźną dłuższą poprawę. Fakt ten zdaje się do pewnego stopnia — mówię wyraźnie do pewnego stopnia, bo opisuje się przeważnie przypadki pomyślne — przemawiać za pomyślnem działaniem transfuzji na dalszy przebieg niedokrwistości złośliwej.

Z mojego materjału w dłuższej obserwacji miałem tylko 8 przypadków; z tych w jednym, u kobiety 50-letniej, po 4 miesiącach zmuszony byłem wykonać transfuzję powtórnie;

chora w 3 miesiące później zmarła, mimo stosowania leczenia, między innemi domięśniowych wstrzykiwań krwi. W drugim (przypadek, o którym mówiłem — kobieta 34-letnia z silną hemolizą wczesną i żółtaczką) po poprawie trwającej 5 tygodni nastąpiło pogorszenie, ale chora w 3 miesiące później, dzięki samoistnemu przesileniu, poprawiła się znacznie i w tej chwili czyni wrażenie osoby zdrowej (trwa to już 9 miesięcy). W 3-cim przypadku, bardzo ciężkim, u dziewczyny 14-letniej (kr. cz. 514,000, Hb. 15%), po 120 ccm. poprawa (do 709,000) — bez urobilinurji — trwała 3 tygodnie, ale po 7 tygodniach krwinki spadły do 421,000, Hb. do 9% — chora zmarła. Chorej tej po poprawie w ciągu 4 tygodni nie widziałem. Natomiast w pozostałych 5 przypadkach bardzo ciężkich (kr. około 1 milj., Hb. 20%), w których hemoliza nie była zbyt silnie wyrażona i trwała niedługo (maximum 10 dni), nastąpiła nietylko poprawa bezpośrednio po przetoczeniu krwi, ale stan krwi i stan ogólny wciąż stopniowo się poprawiał tak, że w końcu po upływie 4—6 tygodni liczba krwinek doszła do 4,500,000, a Hb. do 80%, — słowem nastąpiła remisja, którą tylko przy starannem badaniu chorych można było odróżnić od normy. Stan ten trwa do dnia dzisiejszego (a więc od 15 do 9 mies).

Jest rzeczą jasną, że tu nie może być mowy o tem, ażeby powiększenie liczby krwinek zależało ilościowo i bezpośrednio całkowicie od wprowadzonej krwi. Poprawę tę możemy sobie jedynie objaśnić podniesieniem sprawności ustroju wskutek transfuzji, po której następuje podrażnienie swoiste narządów krwiotwórczych przez produkty rozpadu krążków. Powiększenie liczby krwinek następuje tu w takiej samej progresji, jak po przesileniu, a więc środkami samego ustroju, a mianowicie przez wysyłanie w ciągu doby do krwi 60—70,000 krwinek, podczas gdy zawartość hemoglobiny powiększa się średnio o 1—5% (w przesileniu tylko o 1 %).

Dodać muszę, że we wszystkich przypadkach podanych wyżej nie pozostawiliśmy chorych własnemu losowi, lecz przez stosowanie leczenia objawowego oraz rozmaitych środków pobudzających układ krwiotwórczy, staraliśmy się podtrzymać pomyślny skutek transfuzji. Co prawda niezawsze to się udawało, w większości jednak przypadków chorzy poprawiali się stopniowo tak dalece, że się uważali za zupełnie zdrowych.

Niektórzy autorowie, jak np. Bürger[24]), stosują wielokrotne przetaczanie większych ilości odwłókniowej krwi co tydzień. Wychodzi on z założenia, że tą drogą udać się może przeszczepienie krwi transplantowanej. Z protokołów tego autora widać jednak, że z biegiem czasu bilans azotowy stawał się coraz bardziej upośledzony, coby dowodziło conajmniej, że krwinki wprowadzone ulegają jednak rozpadowi. Pozatem transfuzje dalsze wywoływały gorączkę. Fakt, że w niektórych jego przypadkach występowała wyraźna poprawa w stanie krwi, nie przemawia wcale za jego tezą, gdyż, jak powiedziałem, trudno dowieść, czy poprawa tu następuje jako skutek transplantacji, czy też jako skutek podrażnienia, tembardziej, że wprowadzał on krew odwłóknioną. Z tych względów wątpię, czy metoda Bürgera jest oparta na racjonalnej podstawie, zresztą jest ona w naszych warunkach prawie niewykonalna.

Inaczej się ma sprawa powtarzania transfuzji od czasu do czasu, szczególnie gdy skutek poprzedniej poczyna się wyczerpywać Tak postępuje np. Oehlecker, który wykonywa powtórną transfuzję w chwili, gdy widzi, że chory zaczyna się wyraźnie poprawiać. Moje doświadczenie, bardzo skromne, nie zachęciło mnie do tych prób, sądzę jednak, że nie należy ich zarzucać, gdyż stan chorych jest niekiedy tak zmienny i sposób ich reagowania w rozmaitych okresach tak rozmaity, że z góry nigdy nie możemy powiedzieć, jaki będzie skutek tej drugiej lub trzeciej transfuzji i czy przypadkiem przy jej pomocy nie przybliżymy chorego do samoistnego przesilenia, które, jak powiedziałem, nie jest wcale zjawiskiem rzadkiem,

Wogóle cel nasz w stosowaniu transfuzji stanowi nie wyleczenie chorego — udaje się to niezmiernie rzadko — lecz wyprowadzenie chorego z pod bezpośredniej grozy śmierci, na czas dłuższy lub krótszy, co się zawsze w zupełności udaje. Tą drogą udaje się nam niekiedy wzmocnić siły obronne i regeneracyjne ustroju tak dalece, że chorzy o własnych siłach powoli wydostają się nieraz na czas dość długi ze szponów choroby. W innych znów przypadkach zyskujemy na czasie, podczas którego możemy stosować rozmaite zabiegi lecznicze, jak by się zdawało dość pożyteczne i w ten sposób dojść do okresu remisji. W innych wreszcie przypadkach, niekiedy po jednej lub kilku transfuzjach, udaje się nam doprowadzić chorego do szczęśliwego momentu przesilenia choroby, po którym również nastąpić może okres nieraz długi zupełnego na pozór zdrowia.

Wszystkie te względy, pomimo niezupełnie jasnego sposobu działania transfuzji, przemawiają za stosowaniem jej w niedokrwistości złośliwej, szczególnie w przypadkach ciężkich, gdzie na leczenie, obliczone na miesiące, wcale nie ma czasu, słowem, tam gdzie jest *periculum in mora.*

Piśmiennictwo.

1) Handowsky i E. Meyer. Klin. Wochenschr. 1923 Nr. 2. — 2) Scholten: Infusion u. Transfusion. 1922. Bergmann. — 3) Hotz: cyt. u. Freunda. — 4) Ashby: Folia Haemat. Bd. 21 Hft. 1. — 5) Bernheim ref. w Presse méd. 1922. Nr. 6. — 7) Eden: Deut. med. Wochenschr. 1922. Nr. 3. — 8) Levine i Segall: ref. w Polsk. Gaz. Lek. 1923. Nr. 4. — 9) Kurt Meyer i H. Ziskoven: Med. Klinik 1923 Nr. 3. — 10) Oehlecker: Zentr. f. Chir. 1919. Nr. 2, Münch. med. Woch. 1919 Nr. 32, Arch. f. klin. Chir. 1921 Bd. 116. — 11) Umber: Folia Haemat. Z. O. Bd. 21. Hft. 1. — 12) Percy: cyt. u. Scholtena. — 13) Behne i Lieber: Mitt. a. d. Grenzg. 1921 Nr. 33. Behne: Zentralbl. f. Gynäkolog. 1921. Nr. 2. — 14) Bumm: Centralbl. f. Gynäkol. 1920. — 15) Hadjipetros: Volkm. Klin. Vortr. 1920. — 16) Klinger: Münchn. med. Woch. 1918. Nr. 23. — 17) W. Jantzen: Klin. Woch. 1923. Nr. 3. — 18) Astrowe: ref. w Presse méd. 1923 Nr. 6. — 16) Unger: Journ. of. the Amer. Med. Ass 1921. — 20) Drinker i Brithingham. ref. w Presse méd. 1922. Nr. 16. — 21) Eppinger: Die hepatolienalen Erkrankungen. — 22) Pribram i Medak: Berl. Klin. Woch. 1915 Nr. 27 i 28. — 23) Seifert: Würzb. Abhandlungen 1919 Hft. 3 i 4. — 24) Bürger: Therap. Halbmonatsch. 1921.

Z praktyki.

Andrzej SPIRO, asystent oddziału. Warszawa.

Przypadek zatrucia sublimatem zakończony wyzdrowieniem.

(Z oddz. Władysława Janowskiego szpitalu Dz. Jezus).

Poniższy przypadek zasługuje na uwagę ze względu na wyzdrowienie chorej pomimo, zdawałoby się, zupełnie beznadziejnego stanu w ciągu szeregu dni.

Chora, 27 letnia mężatka, dnia 25. X. 1922 r. za namową przyjaciółki, celem spędzenia płodu zażyła 1 gr. sublimatu w roztworze. Wkrótce potem wystąpiły mdłości, wymioty, raptowne osłabienie. Przewieziono chorą do szpitala Dz. Jezus; ponieważ zataiła przed lekarzem dyżurnym fakt zażycia sublimatu, umieszczono ją, jako ciężarną, na oddz. ginekologicznym. 27. X. została przepisana do nas, skąd 22. XII. wypisała się zdrową. W streszczeniu przebieg choroby przedstawiał się jak następuje:

P r z e w ó d p o k a r m o w y. W parę godzin po zażyciu trucizny wystąpiły silne mdłości i wymioty, trwające prawie bezustannie przez 9 dni. Błona śluzowa jamy ustnej w stanie zapalnym. Na dziąsłach, zwłaszcza w okolicy kłów i siekaczy, stwierdza się powierzchowne ubytki błony śluzowej, pokryte szarawym nalotem. Na języku owrzodzeń niema. Łuki podniebienne zaczerwienione, miejscami pokryte białemi nalotami. Przykry odór z ust. Stan ten nie nasila się i pod wpływem zastosowanych płukań w ciągu 8—9 dni przechodzi bez śladu. Biegunka wystąpiła na 3-ci dzień po zatruciu. Stolce 8—10 razy na dobę, prawie płynne, ciemno zielonkawo zabarwione. Drobnowidowo stwierdza się w kale pojedyńcze krwinki i ciałka ropne, kulki tłuszczowe, sporo komórek nabłonkowych. Biegunka trwa około 5 dni, poczem liczba wypróżnień zmniejsza się do trzech na dobę. Brzuch nieco zapadnięty, bolesność w okolicy lewego podżebrza i punktów przypępkowych dość żywa. Z ustąpieniem biegunki bolesność brzucha minęła. Łaknienie początkowo minimalne, po upływie 3-ch tygodni stopniowo dochodzi do normy. Tydzień przed wypisaniem się apetyt do tego stopnia zwiększony, że chora, oprócz jedzenia szpitalnego, zjada zapasy, przynoszone z domu.

Z a b u r z e n i a c z y n n o ś c i n e r e k. Wkrótce po zażyciu trucizny wystąpił z u p e ł n y bezmocz, trwający prawie 3 doby. Po upływie tego czasu chora zaczęła wydzielać po 50 do 200 cm. moczu na dobę. Dopiero 1. XI., a więc na 8 dzień, ilość moczu stopniowo zaczęła wzrastać, w końcu 3 tyg. dosięgła normalnej ilości około 1400 cm. Ciężar gatunkowy

moczu prawie stale = 1,010. Zawartość białka nieznaczna, wahała się w granicach od śladu do $^1/_2$ ‰ nawet w okresie wspomnianych minimalnych ilości moczu na dobę.

Ilość chlorków w moczu przez pierwszych parę dni nie dochodziła do 3 gr. na dobę, na 8. dzień zwiększyła się do 5 gr. W końcu 2. tygodnia ilość chlorków w moczu zmniejszyła się dość raptownie do 0,7 gr. na dobę, przyczem wystąpił lekki obrzęk stóp i podudzi. Po dwóch dniach dobowa ilość wydzielanych chlorków znowu wzrosła do 9 gr, obrzęki znikły. Osad dość obfity, drobnowidowo stwierdza się duże ilości komórek nabłonkowych, 1 do 2 wałeczków ziarnistych w polu widzenia, pojedyńcze krwinki i leukocyty. Na początku 3 tygodnia krwinek w osadzie nie znaleziono, próba gwajakowa na krew ujemna, pojedyńcze wałeczki szkliste. W końcu 4. tygodnia w osadzie patologicznych składników już nie stwierdzono. Przed wypisaniem się chorej wykonano próbę nerkową wodną i koncentracyjną sposobem Volharda. Okazało się, że nerka wydziela wodę zupełnie prawidłowo, stęża nieco gorzej: najwyższy ciężar gatunkowy moczu wynosił przytem 1022.

K r e w przedstawiała się jak następuje: liczba krążków krwi 3. dnia choroby 3,600.000, białych ciałek 22000, c. gat. 1,048, krzepliwość metodą Acharda-Binet'a nieco zwolniona, — 17 min, sedymentacja wybitnie przyśpieszona — 45 mm w ciągu 50', lepkość 3,6. Barwiony preparat krwi, oprócz nieznacznego przesunięcia obrazu neutrofilowego w lewo (12% neutr. pałeczkowatych, 62% segm.), zmian nie wykazuje. Następne badanie krwi, robione w okresie, gdy ostre objawy zatrucia zmniejszyły się, wykazało Hb. 59, czerw. ciałek 2,600.000, białych ciałek 6.500, wskaźnik barwikowy 1,1, c. gat. 1,050, krzepl. 15'. Na preparacie stwierdzono nieznaczną limfocytozę (35%), przypuszczalnie jako objaw regeneracyjny. Po upływie 6 tygodni stan krwi mniejwięcej normalny: Hb. 74, czerw. ciałek 4,100.000, białych 6.800, wsk. barw. 0,9. Eoz. 2%. Neutr. pałeczk. 9%, segm. 64%, limfocyt. 28%, monocytów 4%. Co się tyczy składu chemicznego krwi, to już 3 dnia po zatruciu stwierdzono znaczną azocicę, stopniowo nasilającą się. W końcu 2 tyg. azocica dosięgła szczytu: ilość mocznika wynosiła 5,4 gr. na litr; próba jakościowa na kreatyninę wybitnie dodatnia, indykan w ilości około 35 mg. na litr. W ciągu 3 tyg. azocica zmniejszyła się, po 4 tygodniach skład chemiczny krwi przedstawiał się normalnie.

C z y n n o ś ć w ą t r o b y w kierunku żółciotwórczym nie uległa zaburzeniu. Powłoki skórne nie miały żółtawego zabarwienia; ilość bilirubiny we krwi, określana kilkakrotnie, wahała się w granicach normy (2 do 4 miligr. na litr). W moczu barwików żółciowych nie było, urobilina i urobilinogen w ilościach normalnych. Acetonu i kwasu dwuoctowego ani razu nie stwierdzono. Ilość cholesteryny nie zwiększona: 3 dnia choroby wynosiła 1050 mg na litr, w końcu drugiego tygodnia spadła do 750 mg.

W p ł u c a c h zmian żadnych w przebiegu choroby nie stwierdzono. Przez pierwszych parę dni chora odczuwała lekką duszność — częstość oddechów wynosiła 24—26 na ', następnie zmniejszyła się do liczby normalnej.

Z a b u r z e n i a w k r ą ż e n i u przedstawiały się jak następuje: w dniu przybycia stwierdzono u chorej starą wadę organiczną serca w postaci niedomykalności zastawki dwudzielnej. Lewa granica serca na 1 palec na zewn. od linji sutkowej lewej, prawa na środku mostka, górna na 4-em żebrze. Nad końcem serca słyszalny szmer telesystoliczny, nad tętnicą płucną drugi ton akcentowany. Tony serca n i e z m i e r n i e głuche, przez cały szereg dni wahadłowe; 8 i 9-go dnia nad końcem serca nie słyszało się wcale 2. tonu. Częstość tętna początkowo równała się 90, 4. dnia około 84 uderzeń, następnie wahała się od 70 do 75 na minutę. Na szczycie zatrucia tętno było zupełnie puste, tak że ginęło pod palcami, wskutek czego zdawało się, że chora lada chwila życie zakończy. C i ś n i e n i e k r w i, mierzone przyrządem Riva Rocci, wykazywało dość znaczne wahania, przypuszczalnie w związku z zabiegami leczniczemi: po każdem wstrzyknięciu środków wzmacniających czynność serca (glukoza, kamfora, adrenalina) i podtrzymujących napięcie tętnic (strychnina, adrenalina) ciśnienie podnosiło się.

Naogół było ono bardzo niskie, zwłaszcza ciśnienie minimalne:

Dzień:	3	4	7	9	10	11	13	15	16	20
Mx	120	113	98	97	102	95	102	102	102	105
Mn	45	55	38	około 35	45	55	60	55	64	58

K r z y w a t ę t n a była najzupełniej normalna; szybkość wznoszenia się tętna i spółczynnik szybkości tętna w granicach zwykłych.

U k ł a d n e r w o w y, poza lekkiem osłabieniem odruchów okostnych i ścięgnowych, trwającem około 3 tygodni, zmian nie wykazywał. Chora przez cały czas przytomna.

B a d a n i e o r g a n ó w p ł c i o w y c h drugiego dnia choroby wykazało: macica w przodozgięciu, zamknięta, ruchoma, miękka, wielkości odpowiadającej 2. miesiącowi ciąży. W ciągu całego okresu choroby nie spostrzegano żadnych krwawień macicznych ani silniejszych bólów, któreby wykazywały skłonność macicy do pozbycia się płodu.

W l e c z e n i u chorej główną uwagę zwracano na podtrzymanie czynności serca i ośrodków naczynioruchowych. Oprócz *larga manu* stosowanej kamfory, adrenaliny i strychniny, wlewano parokrotnie chorej w najgroźniejszych chwilach dożylnie 15% roztwór glukozy w ilości 300 cm na dawkę. Pozatem, uwzględniając znacznego stopnia azocicę, odtruwano chorą przez często powtarzane upusty krwi.

Powyższy przypadek zasługuje na uwagę z kilku względów.

1) Bezmocz, który wystąpił odrazu w całem nasileniu, trwał tylko 3 doby, przyczem stężenie mocznika we krwi wynosiło początkowo 2,6 do 2,8 gr. na litr. Gdy następnie bezmocz ustąpił, a ilość dobowa moczu wzrastała szybko z 200 na 600 cm., stężenie mocznika we krwi gwałtownie wzrastało, tak, że przy dobowej ilości około 800 cm. wynosiło 5,4 gr. na litr. Był to objaw bardzo niepokojący, gdyż świadczył, że czynność nerek poprawia się tylko pozornie.

2) O fatalnym stanie czynności nerek świadczyła też bardzo mała ilość wydalanej soli, która między 7. a 11. dniem choroby wahała się od 4 do 5 gr. na dobę. Szczególnie zatrważający był okres czasu od 8. do 14. dnia choroby, w którym, pomimo dobowej ilości około 800 cm. moczu, stężenie mocznika we krwi wahało się od 4,6 do 5,4 gr. na litr, a jednocześnie stężenie soli w moczu spadło prawie do 0 na 12. do 14. dzień = 0,7 gr. na dobę.

Równocześnie z najwyższem zahamowaniem czynności nerek wystąpiły niezmiernie groźne objawy ze strony narządu krążenia. Wystąpiła rażąca głuchość tonów z zupełnem prawie zniknięciem drugiego tonu — rytm króliczy, który, jak wiemy, ma fatalne znaczenie pod względem rokowania. Jednocześnie ciśnienie krwi bardzo się obniżyło; szczególnie zatrważający był spadek ciśnienia minimalnego, które obniżyło się do 35 milim. Hg.; tem tłómaczyła się niezmierna pustość tętna i prawie zupełne zniknięcie drugich tonów serca.

4) Wobec danych przytoczonych w powyższych 3 punktach stan chorej wydawał się zupełnie beznadziejny. Jedynym jasnym momentem w całym obrazie klinicznym był dla nas jednak dobry stan wszystkich czynności wątroby, których wynik badania powyżej przytoczyliśmy. Fakt względnie pomyślnego stanu wątroby w przypadkach otrucia sublimatem, nawet z zejściem śmiertelnem, jest w piśmiennictwie stosunkowo dość znany. Nie śmieliśmy więc sądzić, czy w danym przypadku pomyślny stan wątroby pomoże chorej w przezwyciężeniu zatrucia. Szybki pomyślny zwrot w całym przebiegu, który rozpoczął się w połowie 3. tygodnia, upoważnia nas, sądzimy, do przypuszczenia, że o wyzdrowieniu tak ciężko chorej zdecydował stan wątroby, pomimo przytoczonego zahamowania czynności nerek oraz fatalnego stanu serca i naczyń.

5) Przypadek nasz jest jednym z licznych przyczynków do twierdzenia, iż w przypadkach ostrych względnie pomyślny

wynik badania chemicznego i morfologicznego moczu może nie dać nawet przybliżonego pojęcia o stopniu grożącego organizmowi niebezpieczeństwa. Wyjaśnia to, jak wiadomo, dopiero chemiczne badanie krwi.

6) W ratowaniu chorej, której stan wydawał się zupełnie beznadziejny, odegrały, zdaniem naszem, główną rolę energiczne podtrzymywanie czynności serca zapomocą glukozy, kamfory i adrenaliny oraz dbałość o utrzymanie napięcia naczyń na należytym poziomie zapomocą adrenaliny i strychniny.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Dr. L. KORCZYŃSKI. Kraków.

Wskazania dla leczenia klimatycznego i balneoterapeutycznego na ziemiach polskich.

Dokończenie.

Na równi z chorobami żołądka dostarczają wcale znacznego materjału przewlekłe sprawy nieżytowe jelit. W nieżycie jelit cienkich zasługują na polecenie dobrze ogrzane szczawy alkaliczno-słone Krościenka, Szczawnicy lub Wysowej. Podawać je należy w małych dawkach po kilkadziesiąt cm sześć. parę razy wśród dnia, dodając niekiedy po 5—15 cm sześć. wody wapiennej. Te same usługi oddaje także woda rymanowska ze zdroju Klaudji, podawana w podobny sposób. W nieżytach jelit grubych, przebiegających często z zaparciem stolca, niekiedy naprzemian z biegunką, odpowiednie są większe dawki tych samych wód, a pozatem także glauberskie solanki Truskawca. W przewlekłym nieżycie pętli esowatej i odbytu posługujemy się również wymienionemi wyżej wodami, używając ich tak za napój, jak w postaci wlewań do kiszki po ogrzaniu do 38—43° C. w ilości od 200—500 cm sześc.

Wobec nerwowych zaburzeń w czynności jelit obowiązują te same zasady, któremi się kierujemy u chorych z nerwicami żołądka. O dobrym wyniku leczenia stanowią tu nietyle zlecenia, odnoszące się wprost do jelit, ile zabiegi mające za cel wzmocnienie i uzdrowienie układu nerwowego.

Obok chorób żołądka i jelit tworzą wdzięczny materjał dla leczenia zdrojowego choroby dróg żółciowych. W ciągu ostatnich kilku lat wzrosła nawet niepomiernie liczba przypadków nieżytowego zapalenia pęcherzyka żółciowego i kamicy żółciowej. Z przyrostem tym liczyć się trzeba zupełnie poważnie.

Nader ważny czynnik leczenia tworzą w tych przypadkach, obok spokoju fizycznego i psychicznego, oderwania się od zajęć i starannie dobranej dyjety, wody alkaliczno-słone, alkaliczno-glauberskie i solanki glauberskie, podawane w niewielkich ilościach naraz, z zasady na gorąco. Z wodami temi wiąże się rozgłośna sława Karlsbadu i innych, należących tu cieplic. Wód tego rodzaju co Karlsbad nie posiadamy u siebie. Nie oznacza to jednak bynajmniej, aby w Polsce nie można było leczyć z dobrym skutkiem chorych na nieżyt dróg żółciowych i kamicę żółciową. Nadają się do tego celu zupełnie dobrze wody szczawnickie ze zdrojów Magdaleny i Józefiny, woda Zubera, wody krościeńskie i wysowskie ze zdrojów Olgi i Słonego. Z podobnym skutkiem polecać można glauberskie solanki Truskawca, lub słone szczawy Rymanowa i Druskienik. W niektórych przypadkach przynosi niewątpliwą korzyść dodatek niewielkiej ilości wody lub soli morszyńskiej.

Skuteczność wszystkich wymienionych tu zdrojów przypisać trzeba w dużej mierze korzystnemu wpływowi wody na nieżyt dwunastnicy, towarzyszący prawie z zasady chorobom dróg żółciowych.

Te same wody są także wskazane w przypadkach tzw. nieżytowej żółtaczki, obrzęku wątroby w przypadkach pletory brzusznej, w początkowym okresie marskości wątroby. Działanie ich wspiera bardzo wydatnie woda morszyńska, podawana bądź to systematycznie, przez szereg kilkunastu dni, najwyżej paru tygodni, bądź też tylko co drugi, lub trzeci dzień i to tak dobrze w czasie obowiązkowego, że się tak wyrażę, leczenia zdrojowego, jak później jeszcze, po jego ukończeniu.

Na wzmiankę zasługują wreszcie zespoły objawów klinicznych, z których wnosić można o nieprawidłowym stanie trzustki. Ze stanowiska balneoterapji obchodzą nas tylko, rzadkie zresztą, przypadki kamicy trzustkowej, oraz przypadki łagodnego przewlekłego zapalenia trzustki, względnie jej przewodów. Ta ostatnia sprawa towarzyszy, prawdopodobnie względnie dość często, nieżytom przewodów żółciowych, nieżytowej żółtaczce i kamicy wątrobowej. W leczeniu zdrojowem odgrywają tu rolę te same wody, które stosujemy w chorobach wątroby.

Na równi niemal z chorobami narządu pokarmowego postawić trzeba, ze względu na ich stanowisko wobec zadań krajowych zdrojowisk i uzdrowisk, c h o r o b y n a r z ą d u k r ą ż e n i a.

Najrozleglejsze może, a w każdym razie najwdzięczniejsze pole dla leczenia dają tu wady zastawkowe. Obarczonych niemi chorych rozdzielić trzeba ze względów praktycznych na trzy grupy. W grupie pierwszej mieszczą się chorzy z wadami należycie wyrównanemi, do drugiej należą chorzy, których serce nie posiada już dostatecznej sprawności, ale u których niema jeszcze znamion istotnego niewyrównania, w trzeciej mieszczą się chorzy z objawami znużenia serca i zastojem w krążeniu.

Wady, zupełnie dobrze wyrównane, nie wymagają leczenia w ścisłem tego słowa znaczeniu. Zadanie lekarza ogranicza się do wskazówek, mających za cel zabezpieczenie także na przyszłość należytej sprawności serca przez rozumne utrzymywanie i zwiększanie sił mięśnia sercowego. U osób młodych działa tu bardzo dobrze pobyt w górach np. w Zakopanem, połączony z systematyczną gimnastyką.

W przypadkach niezupełnej sprawności, zdradzającej się znacznem przyśpieszeniem ruchów serca i mierną dusznością, zwykle także uczuciem ogólnego osłabienia po nieco forsowniejszych ruchach, jest klimat alpejski, względnie podalpejski niezbyt odpowiedni. Zakopane np. leży już dla wielu tego rodzaju chorych za wysoko. Na polecenie zasługuje raczej Krynica dla osób młodych, Truskawiec, lub Ciechocinek dla ludzi starszych. Bardzo dobre usługi oddają we wszystkich tych zakładach kąpiele gazowe, względnie solankowe i solankowo gazowe, o starannie dobranej ciepłocie. W nadmorskich naszych uzdrowiskach niema jeszcze niestety zakładów, odpowiednich dla leczenia zajmujących nas w tej chwili przypadków.

Chorzy z niewyrównanemi wadami sercowemi, a więc z przewlekłą niesprawnością serca i zastojem w krążeniu, wymagają, bez względu na wiek, warunków, zapewniających spokój i oszczędzających serce. Najstosowniejszem miejscem pobytu, o ile wyjazd jest wogóle możliwy, są zdrojowiska, położone nie wysoko i w równym terenie. Wymaganiom tym czyni zadość Ciechocinek, a do pewnego stopnia także Truskawiec.

Według zasad, wyłuszczonych przed chwilą, postępujemy także w przypadkach osłabienia serca, które się rozwinęło w następstwie chorób zakaźnych, a więc na tle istotnego, zakaźnego zapalenia mięśnia sercowego. Stosunkowo najczęściej przydarza się to w toku błonicy, duru brzusznego i grypy, rzadziej po czerwonce, zapaleniu płuc i po innych zakażeniach. Naczelne przykazanie w tych przypadkach tworzy zasada oszczędzania serca. Dopiero w miarę postępującej poprawy wolno stosować leczenie podniecające i ćwiczące mięsień sercowy.

O wiele znaczniejszego zastępu dostarczają chorzy z osłabieniem serca, rozwijającem się na tle zrostów osierdziowych, rozedmy płuc i rozległych zrostów opłucnych, oraz na tle miażdżycy, w pierwszym rzędzie miażdżycowej marskości nerek. We wszystkich tego rodzaju przypadkach nadają się na miejsce pobytu uzdrowiska nadmorskie, zakryte przed wiatrami, a na równi z niemi także uzdrowiska leśne, położone na nizinie, względnie w kraju niewielkich pagórków.

Także w miażdżycy, nie sprowadzającej następowych zmian w sercu, wskazany jest raczej pobyt nad morzem, lub w nisko położonych lesistych miejscowościach, niżej w okolicach górskich. Nierzadko liczyć się trzeba u chorych jeszcze z innemi zmianami, jak otłuszczenie, podagra, pletora brzu-

szna i uwzględniać je przy wyborze zakładu leczniczego. Bardzo dobre usługi oddają tu zdrojowiska, rozporządzające wodami słonemi, glauberskiemi i gorżkiemi, jak Ciechocinek, Truskawiec, Morszyn, a na równi z niemi także Busko i Solec.

Miażdżycę pochodzenia kiłowego kierujemy, z uzasadnieniem raczej tylko teoretycznem, do zdrojowisk, posiadających solanki jodowe, jak Iwonicz, lub Rabka.

Coś w rodzaju crux medicorum tworzą chorzy z żylakami oraz z następstwami zakrzepów żylnych. Wiemy aż nadto dobrze, że jednych i drugich usunąć nie może leczenie zdrojowe. Ale mimo to musimy chorym wskazywać zakłady, w których uzyskaćby mogli bodaj pewną poprawę. Stosunkowo najlepiej jeszcze nadają się tu zdrojowiska, położone w równym terenie i rozporządzające aparatem leczniczym zdolnym skrzepić chociażby w małym stopniu układ żylny. Za typ ich można uważać Ciechocinek, Busko i Solec.

Najwięcej może spopularyzowany dział dla leczenia klimatycznego i zdrojowego tworzą choroby narządu oddechowego. Wyłączamy z nich w tej chwili gruźlicę i inne sprawy, a wspominamy tylko pokrótce o wskazaniach dla leczenia najważniejszych nieswoistych schorzeń. Szereg ich otwierają przewlekłe nieżyty dróg oddechowych. O wyborze miejsca pobytu rozstrzyga tu rodzaj nieżytu, względnie stan błony śluzowej i jakość chorobliwej wydzieliny. Dla uproszczenia rozróżniamy dwie zasadnicze postacie, nieżyt suchy i nieżyt z obfitą wydzieliną. W przypadkach pierwszego typu spotykamy błonę śluzową suchawą, nierzadko nieco pomarszczoną i z wyraźnemi znamionami zaniku. Wydzielina jest bardzo skąpa, przylega silnie do błony śluzowej, nierzadko odznacza się mdłą, niemiłą wonią. Zadanie leczenia polega tu na pobudzeniu błony śluzowej do wydzielania płynnych składników i na wznieceniu odnowczych zdolności błony śluzowej. Osiągnąć to najłatwiej przez dłuższy pobyt w wilgotnem, słonem powietrzu morskiem. Nasi chorzy mogą z niego korzystać w uzdrowiskach nadbałtyckich. Podobną korzyść przynosi także pobyt w Ciechocinku, głównie dzięki znajdującym się tam tężniom. Z pośród innych zdrojowisk zasługują jeszcze na wzmiankę Szczawnica i Truskawiec, głównie dlatego, że rozporządzają wziewalniami solankowemi.

Nieżyty, odznaczające się obfitą wydzieliną, wymagają klimatu raczej suchego. U nas wskazany jest dla nich pobyt w Zakopanem lub w wyżej położonych zdrojowiskach karpackich jak Krynica, Rabka na zachodzie, lub Burkut na wschodzie.

Wyłuszczone powyżej zasady obowiązują także wobec chorych z nieżytami niższych dróg oddechowych. U ludzi starszych baczyć nadto trzeba na stan narządu krążenia i uwzględniać go przy wyborze miejsca pobytu, a to tem bardziej, skoro nieżyt oskrzeli wiąże się nierzadko bardzo ściśle z krążeniem i bywa wprost następstwem osłabienia serca.

Powszechnem uznaniem cieszą się w leczeniu nieżytów wody alkaliczno słone, a do pewnego stopnia także wody glauberskie. I istotnie nie można im odmawiać leczniczego znaczenia. Zwłaszcza w nieżytach zastoinowych przynoszą wody z działaniem przeczyszczającem i moczopędnem niewątpliwą korzyść Z pośród krajowych wód spełniają to zadanie glauberskie solanki Truskawca oraz woda gorżka ze zdroju Bonifacego w Morszynie. W zwykłych, niezastoinowych nieżytach oskrzeli zasługują na polecenie zdroje Krościenka, Szczawnicy i Wysowej.

U chorych z rozstrzenią oskrzeli i z obfitą wydzieliną wpływa zazwyczaj korzystnie pobyt w górskich zdrojowiskach i uzdrowiskach. Dla ludzi starszych odpowiedniejszy jest klimat leśny suchych piaszczystych okolic.

Wcale znaczną trudność sprawia określenie wskazań klimatycznych w dychawicy oskrzelowej, zwłaszcza w tych przypadkach, w których choroba występuje jako samorodna, a nie odruchowa nerwica. Wskazanie warunków, zdolnych uchronić chorego przed napadami dychawicy, jest raczej rzeczą przypadku, aniżeli wynikiem przedmiotowej oceny lekarskiej. Stosunkowo największą ufność budzi wpływ klimatu górskiego. Dlatego też kierujemy naszych chorych w pierwszym rzędzie w Tatry, do Zakopanego lub innych podobnych mu położeniem miejscowości, lub do karpackich zdrojowisk n. p. do Szczawnicy, Krynicy lub Rabki. Niezbyt rzadko spotykamy się jednak z zawodem. Są chorzy, którym większą korzyść przynosi pobyt nad morzem lub w leśnych uzdrowiskach. Nie dziwne wobec tego, że doświadczeni lekarze nie kryją się wobec chorych z niemożnością ścisłego sformułowania wskazań i zachęcają ich do czynienia osobistych spostrzeżeń w sprawie najodpowiedniejszych dla nich warunków klimatycznych.

Te same wskazania, co w przewlekłych nieżytach oskrzeli, odnoszą się także do przypadków pozapalnych nacieków, zajmujących w postaci większych lub mniejszych ognisk właściwą tkankę płucną.

W rozedmie płuc działa wcale dobrze pobyt nad morzem.

Nie mniejszą rolę, jak w leczeniu chorób narządu oddechowego, odgrywają czynniki klimatyczne i balneoterapeutyczne także wobec schorzeń narządu moczowego.

Nerki wymagają w okresie ozdrowin po przebytem ostrem zapaleniu dość jeszcze długo starannej pieczy i korzystnych warunków. Ale, dbając o ich zapewnienie, trzeba się równocześnie starać o dostarczenie ustrojowi, zwiotczałemu skutkiem leżenia w łóżku, pewnej miary hartujących i wzmacniających podniet. Tkwią one przedewszystkiem w czynnikach klimatu górskiego, który posiada równocześnie tę wielką zaletę, że przebieg ciepłoty jest bardziej jednostajny, a bezwzględna ilość pary wodnej w powietrzu, a więc wilgotność powietrza, mniejsza, aniżeli w okolicach nisko położonych Dla naszych ozdrowieńców jest wobec tego we wszech miar wskazany pobyt w miejscowościach tatrzańskich, oraz w wyżej położonych zdrojowiskach karpackich. Wśród tych ostatnich zasługują na wyróżnienie Krynica i Żegiestów dzięki temu, że rozporządzają, cenną dla osłabionych chorych, szczawą żelazisto wapniową.

Chorych z przewlekłem zapaleniem nerek kierować można w góry tylko wtedy, gdy objawy choroby są zupełnie łagodne, a zasób sił zadowalający. W przypadkach cięższych wskazany jest pobyt raczej w nisko położonych suchych, należycie przed wiatrami zasłoniętych uzdrowiskach.

W przypadkach nefrosklerozy obowiązują te same wskazania, co w miażdżycy tętnic wogóle.

W przeciwieństwie z fizjoterapją choroby Brigtha, posługującą się przedewszystkiem klimatem, wysuwają się w leczeniu chorób dróg moczowych na pierwszy plan czynniki balneoterapeutyczne. Materjału do leczenia dostarczają tu chorzy z nieżytami pęcherza i miedniczek nerkowych, oraz chorzy na kamicę nerkową. Podawane w tych sprawach wody mineralne działają korzystnie przez zwiększenie diurezy, a prócz tego i przez to jeszcze, że zawarte w nich składniki mineralne przyczyniają się do rozpuszczania śluzu, względnie w przypadkach kamicy, także złogów, znajdujących się w miedniczkach nerkowych lub w pęcherzu.

Z pośród krajowych zdrojów zasługują na polecenie solanki Rymanowa, Iwonicza, Druskienik, szczawy słono alkaliczno-wapniowe Wysowej, Szczawnicy i Krościenka, oraz wody zdrojów Truskawieckich, zwłaszcza zdroju Nafta, cieszącego się od dawna wielkiem uznaniem wśród lekarzy i chorych.

Spore znaczenie posiadają dalej dla fizjoterapji niektóre choroby krwi. Największe zajęcie budzi tu już z powodu swej częstości błednica. W początkowym jej okresie i przy niezbyt ciężkich zmianach w składzie krwi i w czynności całego szeregu innych narządów, a tem samem przy dość dobrym ogólnym stanie chorych działa zazwyczaj bardzo dobrze pobyt w klimacie górskim lub nad chłodniejszem morzem. Cięższe postacie wymagają warunków klimatycznych, zapewniających spokój i nie wymagających silniejszych odczynów. W lecie znaleźć je można w uzdrowiskach leśnych i podgórskich. W chłodnej porze roku szukać ich trzeba na wybrzeżach ciepłych krajów nadmorskich Europy, względnie na wyspach. Nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że we wielu przypadkach przynosi niewątpliwą korzyść częstsza zmiana miejsca pobytu, względnie zmiana warunków klimatycznych. Kierując się starem doświadczeniem, zalecamy w porze letniej

wyjazd do zdrojowisk, posiadających szczawy żelaziste. Żelazo, wprowadzane wraz z wodą przez szereg tygodni do ustroju, dostarcza nietylko materjału dla budowy krwinek czerwonych, ale działa także jako bodziec krwiotwórczy. Pewne znaczenie posiadają także kąpiele mineralne i zabiegi wodolecznicze. Z pośród naszych zdrojowisk mają Krynica i Żegiestów ustaloną już sławę jako zakłady, w których ze skutkiem leczyć można błednicę. Po podniesieniu się z ruiny może z niemi współzawodniczyć Wysowa. Nie należy także zapominać o Nałęczowie i Sławinku. Mogą one przez swoje położenie odpowiadać dla niektórych chorych lepiej nawet, aniżeli górskie zdrojowiska.

Niedokrewność złośliwa i białaczka nie rokują poprawy pod wpływem leczenia klimatycznego i balneoterapeutycznego. Ale mimo to nie można chorych z powyższemi chorobami wykluczyć z grona osób, pragnących korzystać z tego leczenia. Najrychlej jeszcze polecać im można obce wody arsenowo-witryolowe, a we własnym kraju szczawy żelaziste podgórskich naszych zdrojowisk.

O wiele lepsze wyniki daje leczenie niedokrewności następowej, o ile naturalnie powiodło się usunąć istotną jej przyczynę.

Wcale znacznego zastępu osób, zjeżdżających do zdrojowisk, dostarczają choroby zakaźne w okresie ozdrowin. Chodzi tu co prawda nietyle o leczenie w ścisłem słowa tego znaczeniu, ile o skrzepienie i wzmocnienie ustroju, osłabionego przebytą chorobą. Sprawą wskazań w tego rodzaju przypadkach zajmowaliśmy się już wyżej. Materjał dla istotnego leczenia ogranicza się do bardzo tylko niewielu chorób, jak zimnica i gruźlica.

W przewlekłej uporczywej zimnicy wskazany jest pobyt w miejscowościach, położonych na znacznej wysokości i wolnych zupełnie od zarazków malarji. Wskazania dla leczenia gruźlicy zależą w wielkiej mierze od usadowienia choroby. Ze względu na nie odróżniamy trzy jej postacie 1) postać określaną mianem zołzów z włączeniem do niej gruźlicy błon surowiczych, 2) gruźlicę t. zw. chirurgiczną, przedewszystkiem ze zmianami w skórze i w narządzie ruchowym, 3) gruźlicę narządu oddechowego, zwłaszcza płuc.

Wskazania dla leczenia zołzowatych dzieci zależą w znacznej mierze od konstytucji i ogólnego stanu chorych. Ustalenie ich ułatwia rozdział odnośnych przypadków na dwie grupy. W pierwszej mieszczą się dzieci o wejrzeniu nalanem, z obfitą podściółką tłuszczową, z obrzękłą błoną śluzową, nierzadko ze stałym nieżytem górnych dróg oddechowych, z migdałami przerosłemi i pooranemi, zwykle mało ruchliwe, ociężałe i tępe. Mówimy o nich, że są chore na otrętwiałą postać zołzów. W grupie drugiej widzimy dzieci wątłe, o rysach twarzy przeważnie ostrych, skórze cienkiej, delikatnej, bardzo pobudliwe i wrażliwe, a przytem skłonne do zapalnych podrażnień błon surowiczych i do przelotnych wzniesień ciepłoty ciała. Typ ten określamy mianem pobudliwej postaci zołzów.

W przypadkach zołzów otrętwiałych wskazany jest pobyt w klimacie podniecającym, w postaci pobudliwej, wprost przeciwnie, pobyt w klimacie łagodnym, przynoszącym spokój i ukojenie. A więc dzieci ociężałe i tępe wysyłać należy w góry i na chłodne wybrzeża morskie, dzieci wątłe, nad wiek rozbudzone i bardzo wrażliwe, do nisko, wśród lasów położonych uzdrowisk, względnie, w chłodnej porze roku, nad ciepłe morza. Zasada ta obowiązuje także przy zalecaniu wyjazdu do zdrojowisk solankowych, zażywających oddawna dobrej sławy w leczeniu zołzów. W pierwszej postaci tej choroby zasługują na wyróżnienie Iwonicz, Rabka, Rymanów, w drugiej są bardziej odpowiednie Ciechocinek, Druskieniki, lub Jastrząb. To samo odnosi się także do wskazań dla leczenia przewlekłych gruźliczych zapaleń błon surowiczych.

W gruźlicy chirurgicznej kładziemy już od szeregu lat wielki nacisk na działanie światła i na kąpiele słoneczne. Kierujemy wobec tego obarczonych nią chorych najchętniej tam, gdzie natężenie światła jest największe, a więc zasadniczo w góry. Tłómaczy się tem uprzywilejowane stanowisko Zakopanego i najwyżej wśród naszych zdrojowisk solankowych położonej Rabki. Nie oznacza to jednak bynajmniej, aby gruźlicy skóry, kości i stawów nie można było leczyć także w innych zdrojowiskach. Świadczą o tem m. i. spostrzeżenia poczynione w Ciechocinku przez Dra J. Dembickiego.

W przypadkach gruźlicy chirurgicznej, usadowionej poza narządem ruchu, n. p. w gruźlicy nerek lub części rodnych, wskazany jest, przy odpowiednich naturalnie warunkach, zabieg chirurgiczny.

W leczeniu gruźlicy płuc odgrywają i dziś jeszcze pierwszorzędną rolę czynniki, służące do wzmożenia sił i ogólnej odporności ustroju. W wyborze najodpowiedniejszych kierować się trzeba dokładną oceną każdego przypadku z osobna. Zasadniczo można wszakże podzielić wszystkich chorych na dwie grupy, grupę chorych pobudliwych i mało wrażliwych. Pierwsi nie znoszą środowiska, kryjącego w sobie szereg czynników podniecających, czują się w niem nie dobrze, stan ich pogarsza się. Dla drugich są fizjologiczne podniety nietylko zupełnie odpowiednie, ale wprost konieczne. Na tle tego rozdziału uwydatniają się zasady klimatycznego leczenia suchot płucnych. Chorych, wymagających wielkiego spokoju i oszczędzania, kierować należy w okolice z klimatem łagodzącym, a więc u nas w porze ciepłej do uzdrowisk leśnych, położonych na równinie lub w kraju pagórkowatym. Dla chorych niewrażliwych, z tępym, jeśli się tak wyrazić można, temperamentem wegetatywnym, wskazany jest klimat górski.

Byłoby rzeczą zupełnie zbyteczną uzasadniać na tem miejscu wielką korzyść i wielkie znaczenie zamkniętych lecznic dla gruźlicy. Leczenie w nich należy zalecać z zasady i z wielkim naciskiem wszystkim, sit venia dicto, początkującym suchotnikom, przynajmniej w tych przypadkach, o których mamy prawo sądzić, że wymagają starannej opieki i wdrożenia do racjonalnej dyscypliny.

Korzystając z nadarzającej się sposobności, podnieść muszę wielki niedostatek tego rodzaju zakładów na ziemiach polskich. Wiemy o tem wszyscy, a jednak jak bardzo o tem głucho w całem naszem społeczeństwie. O poprawę stosunków, o tworzenie nowych i licznych zakładów wołać musimy głośno i często. To nietylko nasze prawo, ale wprost obowiązek lekarski, obowiązek polskich lekarzy wobec polskiego społeczeństwa.

Dając pierwszeństwo leczeniu gruźlicy w zamkniętych zakładach, nie wykluczamy bynajmniej leczenia odpowiednich przypadków także w otwartych zdrojowiskach i uzdrowiskach. Ale za odpowiednie radzilibyśmy uważać tylko przypadki gruźlicy zamkniętej. Bardzo dobre usługi oddawać tu mogą wody żelaziste przez pobudzenie pracy narządów krwiotwórczych. Są one wskazane u młodych niedokrewnych osób, okazujących nieznaczne zmiany w szczytach płuc, bez skłonności do rozszerzania się i przy prawidłowej ciepłocie ciała. Zupełnie odpowiedni jest w tego rodzaju przypadkach dłuższy nawet pobyt w Krynicy, Żegiestowie lub Nałęczowie. Zaburzenia w czynności narządu pokarmowego uzasadniają wysyłanie chorych do zdrojowisk, posiadających wody alkaliczno-słone lub solanki. Wymieniać ich nie potrzebujemy na tem miejscu. Wody alkaliczno-słone zasługują poza tem na polecenie w przypadkach nieżytów oskrzeli, towarzyszących nierzadko swoistym, nawet zupełnie ograniczonym i nie postępującym zmianom w szczytach płucnych.

Parę uwag poświęcić nam jeszcze wypada niektórym chorobom układu nerwowego. Zasługują na to w pierwszym rzędzie nerwice ogólne i wegetatywne.

Tłem zaburzeń nerwowych bywają tu nie rzadko choroby, względnie niedomagania narządów wewnętrznych. Leczenie nerwicy wiąże się w takich przypadkach zupełnie ściśle z leczeniem choroby pierwotnej. Pozostaje jednak zawsze jeszcze spory zastęp chorych, u których nerwicę poczytywać trzeba za sprawę do pewnego stopnia samorodną, za wyraz zachwianej równowagi duchowej, zniszczonej przez szereg urazów nerwowych. Odzyskać ją można najrychlej przez zmianę środowiska, wśród warunków, dostarczających nowych i korzystnych wrażeń, a poza tem także sposobność do zjędrnienia całego ustroju, osłabionego prawie z zasady także pod względem somatycznym. Niepoślednią rolę odgrywają tu czynniki klimatyczne. O wyborze miejsca pobytu

w górach, nad morzem, lub w lesistych równinach, rozstrzyga rodzaj zaburzeń nerwowych i ogólny nastrój psychiczny. Dla chorych przedrażnionych i bardzo pobudliwych wskazany jest klimat łagodzący, na chorych znużonych psychicznie, ale odznaczających się małą wrażliwością, działa dobrze klimat podniecający. Poza tem oddaje bardzo dobre usługi należycie pojęte i dobrze wykonane leczenie kąpielowe. Daje do tego sposobność pobyt nad Bałtykiem, w górach pobyt w tego rodzaju zakładach jak Zakopane, Krynica, Żegiestów, w równinach, jak Ciechocinek, Druskieniki, Nałęczów, oraz cały szereg uzdrowisk, wśród nich Ojców, Czarniecka Góra, Grodzisk, Niekłań i wiele innych. W licznych przypadkach działają bardzo dobrze krótkie kąpiele rzeczne. Korzystać z nich można we wszystkich naszych karpackich letniskach.

To samo, co powiedzieliśmy o nerwicach ogólnych, odnosi się także do nerwic wegetatywnych. Są one zawsze wyrazem neuropatycznej konstytucji, a tem samem tylko jednym z objawów nerwowej niezborności, trapiącym w danej chwili najbardziej i wymagającym skutkiem tego doraźnego leczenia. Przedstawiają one bardzo często typ zboczeń czynnościowych, zależnych od nerwowego wyczerpania, któremu towarzyszy chorobliwa pobudliwość, a więc typ określany w niemieckim języku lekarskim słowami »reizbare Schwäche«. We wszystkich należących tu przypadkach wskązane jest leczenie skrzepiające. Na chorych z nerwicami serca i narządu oddechowego działa zazwyczaj bardzo korzystnie klimat górski, w nerwicach narządu pokarmowego daje dobre wyniki leczenie w Krynicy, Żegiestowie, lub w Szczawnicy. Pobyt nad morzem i kąpiele morskie znane są oddawna ze swej skuteczności w przypadkach nerwowej niesprawności płciowej.

Z pośród anatomicznych chorób układu nerwowego nadają się do leczenia kąpielowego stosunkowo najbardziej jeszcze przewlekłe zapalenie nerwów, oraz stany po przebytem zapaleniu opon, lub samej istoty mózgu, czy rdzenia. Największem rozpowszechnieniem cieszą się kąpiele słone i siarczane, a więc u nas w kraju w zakładach zdrojowych Buska, Solca, Ciechocinka, Iwonicza, Jastrzembia, Rabki, Rymanowa.

W chorobach rdzenia, jak uwiąd, poprzeczne zapalenie rdzenia, stwardnienie wysepkowe i t. d. są w użyciu kąpiele cieplic obojętnych. Pod ich wpływem zmniejszają się przykre bóle neuralgiczne oraz napady t. zw. kryz nerwowych, różnego usadowienia.

Poza chorobami narządów wewnętrznych w ścisłem słowa tego znaczeniu, zajm ją w szeregu wskazań dla leczenia zdrojowego wcale pokaźne miejsce c h o r o b y n a r z ą d u r u c h o w e g o.

W chorobach kości ogranicza się leczenie kąpielowe do przypadków miejscowych zgrubień okostnej. Nienajgorzej działają tu kąpiele słone wszystkich naszych solankowych zakładów zdrojowych i kąpi le zakładów z wodą siarczaną. Niewielkie pole dla działania kąpielowego dają powszechne choroby kości. Ani w rozmiękczeniu kości, ani w chorobie Kahlera lub w osteoporozie nie można się spodziewać jakiegokolwiek wyniku po leczeniu kąpielowem. Czynniki klimatyczne i balneoterapeutyc ne mogą odgrywać pewną rolę jedynie tylko w przypadkach krzywicy. Zakres ich jest tu taki sam, jak w leczeniu zołzów.

Najliczniejszego zastępu chorych dostarczają wszelkiego rodzaju sprawy, toczące się w stawach, ścięgnach i mięśniach. Przyroda ich jest do pewnego stopnia obojętna przy wyborze zdrojowisk. W jednym i tym samym zakładzie leczą się równie dobrze cho zy z przewlekłym gośćcem stawów i mięśni, z wysiękami pozostałemi w torebkach stawowych i zgrubieniami nasadek kostnych po ostrym gośćcu, po zapaleniu stawów posocznicowem, płoniczem lub czerwonkowem, jak chorzy ze zmianami podagrycznemi narządu ruchowego, a nawet z kiłowemi zgrubieniami przysadek kostnych. Największa liczba tych różnorodnych przypadków gromadzi się w zdrojowiskach wód siarczanych, znacznie mniejsza w zakładach solankowych. W innych zdrojowiskach niema ich prawie zupełnie. A jednak godzi się pamiętać, że dla chorych z podagrycznemi zmianami są ze wszech miar odpowiednie zdrojowiska, rozporządzające szczawami alkaliczno-wapniowemi jak Krynica, Żegiestów, Wysowa.

I na tem jeszcze miejscu podnieść mi wypada znaczenie lecznicze radioczynnych cieplic i zwrócić uwagę na Jaszczurówkę, którą mamy, i na Drużbaki, które należałoby odzyskać za cenę wytężonych starań, a nawet materjalnych ofiar.

Tę samą rolę, co w leczeniu pozostałości po zapaleniach w obrębie narządu ruchowego, spełnia balneoterapja także wobec wysięków o innem usadowieniu. Należą tu pozapalne resztki w workach surowiczych i ściśle umiejscowione wysięki n. p. około pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, nerek, macicy, jajników, i t. d. Przeważne znaczenie dla leczenia tych wszystkich spraw posiadają zdrojowiska wód słonych, po części także wapniowo żelazistych. Większość należących do tej grupy chorych, leczy się u nas w Ciechocinku, w Iwoniczu, w Busku, w Krynicy i w Żegiestowie.

Przegląd piśmiennictwa.

Stomatologja.

L e o. **Odkażanie jamy ustnej.** Deutsch. med. Woch. 49. 1923. 12/1. Autor znalazł, że działanie odkażające leków rozpuszczalnych w wodzie kończy się po kilku minutach. Zawartość drobnoustrojów była po piętnastu minutach tażsama, po czyszczeniu wodą utlenioną, co i po czyszczeniu wodą zwykłą. Woda utleniona ma jednak tę zaletę, że oczyszcza mechanicznie zaułki pomiędzy zębami, pieniąc się. Środki nierozpuszczalne w wodzie, jak niektóre zastępki jodoformu, mogą pozostać i działać w jamie ustnej przez noc.

C a s t r o. **Jama ustna dodatkowa** (os accesorium). Indiana Med. Journ. Apr. 1923. per Journ. Am. Med. Ass. 30. VII. 1923). W przypadku autora znajdowała się szczelina pozioma powyżej kości gnykowej, przez którą chory mógł wysuwać język i połykać. Oba ramiona poziome żuchwy były zlane ze sobą i zajmowały położenie w środku dna jamy ustnej, której pojemność była bardzo nieznaczna. Na gałęzi prawej znajdował się jeden trzonowiec i dwa dwuguzkowce, na lewej dwa dwuguzkowce. Szczękom górnym brakło w środku połączenia, istniał rozszczep podniebienia w tylnych dwóch trzecich, w który wchodziły z łatwością dwa palce. Przytem istniało znieczulenie podniebienia i gardła dość znacznego stopnia. Chory mógł przez otwór dodatkowy pić równie dobrze, jak przez usta, żuł ustami naturalnemi.

H e i d r i c h. **Rak jamy ustnej i gardzielowej.** Beitr. z. kl. Chirurgie. 1923. Przegląd doświadczenia wysnutego z 155 przypadków raka języka, 49 raka migdałków, 35 raka dna jamy ustnej, 15 policzków i 12 podniebienia, które wszystkie były poddane leczeniu operacyjnemu. Wyleczenie bez nawrotów na przeciąg dłuższy od trzech lat spostrzegał w 17% grupy pierwszej, 11% drugiej, 7.7% trzeciej, 33.4% czwartej i 25 % piątej. Próbnemu wycięciu wcześnie wykonanemu w przypadkach wrzodów w obrębie jamy ustnej powinno towarzyszyć wycięcie jak najdokładniejsze w częściach zdrowych. Doświadczenia z radjoterapją są jeszcze zbyt małe, by mogły służyć jako dokładne wskazania lecznicze.

K n e u c k e r. **Zapad po nowokainie.** Zft. f. Stom. 21. 1923. Nr. 3. p. 167. Autor przytacza kilka interesujących przypadków z praktyki dla ilustracji, że rozstrzygnięcie, czy przykre wypadki po wyjęciach zębów należy odnieść do działania środka znieczulającego lub wyciągu nadnercza, czy też do jakiejś innej szkodliwości, jest często trudne, a nawet niemożliwe. 1) U kobiety 35 letniej operował K. w znieczuleniu nowokainą z adrenaliną wielką torbiel szczęki górnej i zabieg przebiegł zupełnie gładko. Po dwóch dniach przy zmianie opatrunku podczas przepłukiwania jamy operacyjnej wodą utlenioną wystąpił u chorej bardzo silny zapad: twarz Hipokratesa, bladość, utrata przytomności, sinica, zimny pot, tętno ledwo wyczuwalne, oddech przestankowy, kończyny zimne, bez czucia i t. p. Po kilkugodzinnych zabiegach (sztuczne oddychanie, masaż serca, analeptica, kamfora, alkohol, i t. d.) zapad ustąpił. Stwierdzenie przyczyny takich za-

padów jest trudne; wchodzi tu w grę bowiem szereg przyczyn, które należy uwzględnić: odporność chorego, osobnicza wytrzymałość serca, choroby wewnętrzne, wada serca, zaburzenia przemiany materji, cukrzyca, zapalenie nerek, białaczka, nieprawidłowości konstytucjonalne, status thymo-lymphaticus, zmiany wewnętrznego wydzielania, wole, zmiany w mięśniu sercowym, kiła, choroby nerwowe (histerja, padaczka), i t. d. Pozatem, przy braku zmian, stany wyczerpania, jak bezsenność, złe odżywienie, wstrząs nerwowy i i. Prócz tego odgrywają zapewne ważną rolę jeszcze inne czynniki: u osób nerwowych wahania ciśnienia atmosferycznego, stan wypełnienia żołądka, wrażenia węchowe (przykra woń jodoformu) i t. p. Niewyjaśnioną pozostała przyczyna zapadu także w następującym przypadku (2). Dla 65 l. mężczyzny sporządził K. dostawkę kauczukową górną 11-zębową. Po oddaniu dostawki chory wstał z fotelu, postąpił kilka kroków i byłby zemdlony upadł, gdyby go K. nie był podtrzymał; po poziomem ułożeniu i odpowiednich zabiegach przyszedł wkrótce do siebie. W krańcowych przypadkach może w zapadzie nastąpić śmierć; mają one wielką doniosłość sądowo-lekarską. Udar sercowy, któremu chory może uledz n. p. na ulicy, może się też zdarzyć u lekarza, zwłaszcza, że wpływa tu także niepokój nerwowy. Jako ilustrację przytacza K. przypadek następujący (3): Pewnego dnia został w godzinach przyjęć wezwany, by natychmiast przybył do mieszkającego w tym samym domu kolegi urologa. Przyszedłszy znalazł w pokoju ordynacyjnym leżącego starszego mężczyznę bez życia. Podczas wywiadów osunął się on z krzesła i zmarł nagle; urolog wezwał K., celem ewentualnego zaświadczenia przed sądem, że u zmarłego nie przedsięwziął jeszcze żadnego zabiegu. Gdyby jednak urolog, chcąc wykonać zabieg, użył był do znieczulenia nowokainy, zapewne szukanoby związku między nią a nagłą śmiercią. Taka śmierć nagła może się zdarzyć, prócz stanów wyżej wymienionych, przy miażdżycy tętnic, schorzeniu tętnicy głównej i naczyń wieńcowych, zatorach tętnicy płucnej, z powodu tętniaków naczyń mózgowych, zapaleniach płuc przebiegających bez wybitnych objawów podmiotowych, gruźlicy, kilakach mięśnia sercowego, wrzodach żołądka i i. Dla ilustracji, że określenie przyczyny śmierci niezawsze się udaje, przytacza K. następujące przypadki: (4) Pewien dentysta wiedeński użył u kobiety celem bezbolesnego wyjęcia zęba zwykłej dawki 2% nowokainy. Wieczorem tego samego dnia kobieta ta ciężko zachorowała, a przywołany lekarz domowy stwierdził »zatrucie kokainą« (!), wskutek czego dentyście groziła skarga sądowa. Stan chorej pogarszał się stale, po 8 dniach nastąpiła śmierć, a sekcja sądowa wykazała przebicie ropnego ogniska w przymaciczu z następowem zapaleniem otrzewnej jako przyczyną śmierci. (5) Do dentysty przybył celem wyjęcia zęba chory, o którym ten wiedział, że cierpi na zapalenie nerek; z tego powodu, ponieważ ząb był tylko luźno osadzony, usunął go bez żadnego znieczulenia. Chory odszedł w zupełnie dobrym stanie zdrowia, a wieczorem, czytając w domu gazetę, osunął się z krzesła i zmarł nagle. Gdyby do ekstrakcji użyto znieczulenia nowokainą, zapewne w niem dopatrywanoby się przyczyny śmierci. Wynika z tego że u osób, które są lub mogą być cierpiące, należy być bardzo ostrożnym z dawkowaniem leków wogóle, w szczególności środków znieczulających.

Leist. **Oligodynamiczne działanie materjałów metalicznych używanych w dentystyce.** Zft. f. Stom. 21. 1923. Nr. 7. p. 414. Nägeli pierwszy wykazał, że metaliczna miedź, zanurzona w wodzie, działa trująco na znajdujące się w niej wodorosty, przyczem nie można chemicznie wykazać rozpuszczalności miedzi i nazwał to działanie, »oligodynamicznem«. Liczni autorzy badali później rozmaite metale na działanie oligodynamiczne. Miller podał, że niektóre gatunki folji złotej działały bakterjobójczo, inne zaś nie; przez wyżarzenie traciła folja i złoto gąbczaste (»Schwammgold«) własności bakterjobójcze. Behring podnosił wprawdzie bakterjobójcze własności czystego złota, zwłaszcza w odniesieniu do prątków durowych, lecz nie potwierdziły tego spostrzeżenia badania innych autorów, którzy twierdzili, że czyste złoto nie odznacza się własnościami bakterjobójczemi, lecz tylko zmieszane z innemi metalami, n. p. 18-karatowe. Działanie bakterjobójcze srebra i miedzi jest ogólnie znane; kawałeczki tych metali, umieszczone na płytkach żelatynowych i agarowych, obsianych gronkowcami, paciorkowcami, prątkami okrężnicy lub ropy błękitnej, powodują w otoczeniu swem pola jałowe, kilka mm rozległe. Rtęć również działa bakterjobójczo, cyna i platyna działania nie posiadają. Swe działanie bakterjobójcze mogą metale te przenieść na płyny, w których są zanurzone (woda, fizjol. rozczyn soli) lub na szkło, z którem się stykają. Chcąc wyjaśnić działanie oligodynamiczne, przypuszczał Miller, że tlen, zagęszczający się na powierzchni metalu, wywiera działanie bakterjobójcze, lecz to tłumaczenie nie utrzymało się, jak również przypuszczenie, że działanie bakterjobójcze pochodzi od prądów, w metalach się wytwarzających. Natomiast utrzymało się zdanie, że działanie to pochodzi od cząsteczek, które odrywają się od metalu i przechodzą do otaczającego środowiska, tworząc rozczyny soli o bakterjobójczem działaniu. Badania L. obejmowały: amalgam miedziowy, amalgam srebrny, tudzież srebro i rtęć, złoto czyste, 22., 18., 14. próby, platynę, randolf, pakfong (Neusilber) i łączno miękkie (Weichlot). Ze złota, srebra, platyny, randolfu, łączna i pakfongu wycinał płytki prostokątne, równej wielkości, 0.1 mm grube, amalgamów używał w formie wypełnień średniej wielkości, rtęci, jako kropli o 2 mm średnicy. Materjały te pozostawiał przez 24 godzin na tych samych pożywkach w cieplarce, zaszczepiwszy na nich poprzednio po 1 kropli zawiesiny, zawierającej drobnoustroje: staphylococcus albus, streptococcus lacticus, bacillus gangraenae pulpae i bacillus pyocyaneus. Wszystkie próby wykazały znaczną bakterjobójczość amalgamu miedziowego; amalgam srebrny okazał się bezskutecznym, mimo, że jego części składowe posiadają działanie oligodynamiczne. Złoto okazało we wszystkich próbach brak działania, jedynie niekiedy złoto 14 próby, zapewne ze względu na swe składniki. Randolf i pakfong nie okazywały działania, natomiast łączno miękkie okazywało wybitne działanie, podobne do działania amalgamu miedziowego, co należy odnieść do zawartości kadmu. Również Scheid'owskie łączna $21\frac{1}{2}$., 18., 14. próby, zawierające kadm, okazały działanie bakterjobójcze, odpowiadające w przybliżeniu działaniu srebra. By stwierdzić, czy badane metale mogą przenieść działanie oligodynamiczne na ślinę, umieszczono w probówce, zawierającej ślinę, amalgam miedziowy o wielkości dużego wypełnienia trzonowcowego w cieplarce, a po 3 i 18 dniach przenoszono nieco tej śliny na płytki agarowe, posiane gronkowcami; ślina okazała przytem brak działania. Również badano wpływ siarkosinku potasowego, zawartego, jak wiadomo, w ślinie w stężeniu 0.01%; w tym celu dodawano do 100 csz agaru 0.01 g. CNSK, szczepiono gronkowce i wylewano na płytki, w których przedtem umieszczono kawałeczki srebra. Dla kontroli wykonywano równocześnie zupełnie analogiczne doświadczenia bez dodatku rodanu potasowego. Wynik: pola jałowe dookoła Ag były o $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ mm większe w agarze z dodatkiem siarkosinku. Z tego można by wysnuć wniosek, że zawartość CNSK w ślinie wzmaga oligodynamiczne działanie substancji metalicznych, w jamie ustnej się znajdujących.

Loos. **Niedrożność nosa zębowego pochodzenia.** Zft. f. Stom. 21. 1923. 3. Przytoczywszy z piśmiennictwa obfitą kazuistykę dotyczącą niedrożności nosa, spowodowanej nieprawidłowem wrośnięciem zębów do jamy nosowej i następowem owrzodzeniem i obrzmieniem śluzówki nosowej, torbielami zawiązkowemi lub korzeniowemi, tworzącemi w jamie nosowej t. zw. wał Gerbera, lub też sprawami zapalnemi lub ropnemi ozębnej siekaczy i kłów, jeżeli ropa toruje sobie drogę do nosa zamiast do przedsionka, opisuje L. spostrzegany przez siebie interesujący przypadek: Kobieta 18 letnia doznała z powodu urazu złamania górnego bocznego siekacza lewego, poczem pozostały korzeń został usunięty. Po kilku tygodniach spostrzegła w tem miejscu guzek; była to przetoka otoczona ziarniną. Badanie rentg. wykazało powyżej tego miejsca ząb zatrzymany z koroną silnie się ku korzeniowi zwężającą, z cienkim korzeniem i pasmem wyjaśnienia wzdłuż szyjki zębowej, około 2 mm szerokiem. Ustawienie zęba ukośne od góry dośrodkowo, w dół odśrodkowo. Ząb został operacyjnie usunięty, poczem chora, która przedtem przez długi czas nie

mogła oddychać lewą stroną nosa, co tłumaczyła sobie przewlekłym nieżytem, poczęła tą stroną swobodnie wciągać powietrze. Wyjęty ząb wykazywał na szyjce ubytek, podobny do próchniczego, na kształt ubytku klinowatego, w otoczeniu którego zębina odznaczała się brunatnem zabarwieniem. Miazga była nienaruszona. Był to więc zatrzymany stały boczny siekacz, a ząb dawniej wyjęty był mlecznym. Autor opisuje ten przypadek, gdyż w piśmiennictwie nie znalazł przypadku podobnego. Co do ubytku na szyjce, to większość autorów jest zdania, że nie są to ubytki próchnicze, lecz resorbcyjne; mogą one niekiedy dochodzić do miazgi i ją odsłaniać.

Lumme. **O rąbku bizmutowym.** Med. Kl. 19. 1923. Nr. 31. p. 1073. Przy leczeniu kiły bizmutem nie spostrzegamy wprawdzie tak często zmian zapalnych w jamie ustnej jak n. p. przy leczeniu rtęcią, lecz za to występuje tu inny objaw, na który zwracano w piśmiennictwie częstokroć uwagę i który autor też spostrzegał w swej praktyce. Jest to rąbek bizmutowy dziąsła, koloru szaro-fioletowego. Nie oznacza on jakiegoś uszczerbku na zdrowiu, lecz ma inne znaczenie: po ustąpieniu nawet ostrego zapalenia jamy ustnej, wywołanego bizmutem, pozostaje on na stałe i polega niejako na „tatuażu", z powodu osadzenia się cząstek bizmutu w dziąśle. Wprawdzie i inne sposoby leczenia kiły pozostawiają znaki po sobie: nacieki w pośladkach w miejscach ukłuć strzykawką, małe blizny w przegubach łokciowych po wstrzyknięciach salwarsanu, a kiła sama jako taka pozostawia trwałe ślady po sobie: leucoderma syphiliticum. Lecz te wszystkie znaki są łatwe do ukrycia, przez zakrycie szyji kołnierzem, łokcia rękawami, a nacieki rtęciowe i tak siedzą w miejscu dla wzroku niedostępnem. Przeciwnie rąbek bizmutowy umiejscowiony jest tak, że ukryć go nie można i tem samem zdradza swego posiadacza. W pewnych przypadkach rąbek istniał jeszcze po upływie sześciu miesięcy. Wiemy, że rąbek ołowiowy utrzymuje się nader długo i należy się obawiać, że rąbek bizmutowy też może pozostać, jako piętno nie do zniszczenia. Ponieważ rąbek ten pochodzi od siarczków bizmutu i metalicznego bizmutu ułożonego w tkance łącznej i komórkach śródbłonkowych naczyń dziąsła, przeto należy się obawiać, że będzie on nie do usunięcia, podobnie jak osad srebra (argyroza). Lekarz, uświadomiwszy sobie tę możliwość, nie zechce się przyczynić do tego, by spowodować ślad, znamionujący na pierwszy rzut oka cierpienie, które powinno pozostać tajemnicą chorego i lekarza. Doskonały więc pozatem jako środek przeciwkiłowy bizmut, mógłby być tylko stosowany po uświadomieniu chorego o ewentualnych przykrych następstwach. *Allerhand* (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 25 kwietnia 1923 r.
Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 121.

1) Przewodniczący przypomina o 90-letniej rocznicy urodzin Dra Dybowskiego i odczytuje telegram wysłany do jubilata imieniem Towarzystwa.

2. Prof. Lenartowicz: »**O kile złośliwej**« (rzecz przeznaczona do druku) i przedstawia przypadek ilustrujący tę postać kiły.

W dyskusji zabierali głos: kol. Blasberg, Wierzuchowski, Boczar i Walter, który zaznacza, że przyczyny powstawania kiły złośliwej i oporności jej na leczenie swoiste dziś jeszcze nie są ustalone. Istnienie różnorodnych szczepów krętka bladego (Virus nerveux Levaditiego i Marie) nie jest przyjęte przez wszystkie szkoły i nie jest dostatecznie udowodnione; również przyjąć należy, że nie istnieją szczepy specjalnie odporne na leczenie — ale że odporność na leczenie i różny przebieg kiły zależy od osobistych warunków ustroju, a przedewszystkiem od konstytucji chorego. Na zapytanie kol. Blasberga — przypomina mówca swą dawniejszą pracę nad zachowaniem się narządu krwionośnego i składników krwi w przebiegu kiły i po jej leczeniu; spostrzeżenia mówcy potwierdziły istnienie limfocytozy i eozynofilji zwłaszcza w przypadkach dłużej trwających; pod wpływem leczenia swoistego następowało procentowo zmniejszenie się limfocytów i komórek eozynochłonnych, obraz krwi według Arnetha ulegał znacznemu przesunięciu na prawo. W ostatnich czasach na oddziale mówcy, kontrolowano doświadczenia Kyrlego i jego uczniów nad zachowaniem się ciałek białych w czasie leczenia i nad możnością wyciągania wniosków z zachowania się leukocytozy na przebieg i rokowanie kiły. Jednak powtórzenie tych doświadczeń nie potwierdziło wniosków i spostrzeżeń Kyrlego.

Posiedzenie naukowe w dniu 2. maja 1923 łącznie z Tow. balneologicznem.
Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 54.

Kol. Jasieński: **Dzisiejszy stan zdrojowisk polskich** (rzecz przeznaczona do druku).

W ożywionej **dyskusji** zabierali głos kol. prof. Korczyński, prof. Lewkowicz, Lang, Blassberg, Wąsowicz, Bobkowska-Czerwińska. Po wyczerpaniu dyskusji prof. Majewski zwrócił się z apelem do członków Towarzystwa lekarskiego w sprawie jak najliczniejszego wpisywania się na członków Towarzystwa balneologicznego, zgłaszając równocześnie swoje przystąpienie do tegoż Towarzystwa.

Posiedzenie naukowe w dniu 9. V. 1923.
Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 65.

1) Kol. doc. Zubrzycki przedstawia przypadek **włókniaka**, wychodzącego z szyji macicznej aż przed srom.

2) Kol. Szymanowicz: »**Rozluźnienie i pękanie stawów miednicy podczas ciąży, porodu i połogu.** Referent stwierdza stosunkowo rzadkie rozpoznawanie rozluźnienia spojenia łonowego w czasie ciąży, mimo, że występuje ono bardzo często w drugiej jej połowie, bo u 75% ciężarnych w stopniu lżejszym, a u 2% w połączeniu z wybitnemi dolegliwościami i mimo, że objawy tego cierpienia są znamienne. Tylko wczesne rozpoznanie może uchronić ciężarną przed fałszywem i niepotrzebnem leczeniem, a rodzącą i położnicę przed groźnem następstwem całkowitego rozejścia się połączeń kostnych miednicy małej, zwłaszcza spojenia łonowego. Dalej zestawia charakterystyczne objawy cierpienia, zastanawia się nad jego etjologją, podaje metody badania i sposoby leczenia (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol.: prof. Rosner, doc. Zubrzycki i Woyciechowski, który twierdzi, że rozluźnienie spojenia łonowego podczas ciąży musi być uważane za stan fizjologiczny, za wyraz usiłowania przyrody, aby przygotować miednicę na akt porodu w ten sposób, iżby główka napotkać mogła ze strony pierścienia miednicy na możliwie najmniejszy opór. W wyższych stopniach rozluźnienia mamy przed sobą już stan patologiczny, związany z dolegliwościami znacznemi ze strony ciężarnej. Stan taki usposabia do pęknięć więzadeł, szczególnie przy niestosunku porodowym obok gwałtownych bólów. Wspomniany przez prelegenta ruch klawiszowy obu gałęzi zstępujących kości łonowych wobec siebie ujawnia się przy badaniu chorej leżącej na wznak, gdy się jej poleca dźwigać nogi wyprostowane w stawie kolanowym. Badając zaś chorą stojąco, i przestępującą z nogi na nogę wyczuwa się ruch drugi t. j. przesuwanie obu wspomnianych kości obok siebie ku górze i dołowi, w tej samej płaszczyźnie. Ustalanie przylepcem, a tembardziej gipsem, jest dla chorej uciążliwe. W przypadku pęknięcia spojenia na szerokość 2 palców zastosował W. ustalenie miednicy zapomocą 2 worków napełnionych piaskiem, uciskających miednicę z obu boków, wśród stałego ułożenia chorej na wznak. Wyleczenie zupełne nastąpiło dopiero po 3-ch miesiącach.

Posiedzenie naukowe w dniu 16. V. 1923.
Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 63.

1) Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne poświęcone ś. p. prym. Witalińskiemu.

2) Kol. Tempka »**Chlorek wapnia jako środek nasercowy**«. (Rzecz drukowana w Nr. 24, 25 i 26 1923 r. Polskiej Gazety lekarskiej).

W dyskusji zabierali głos kol. Glasner i prof. Orłowski, który 17 lat temu, badając chlorek barowy tąż metodyką, którą stosował prelegent w badaniach nad chlorkiem wapnia, przyszedł do wniosku, że bar jest środkiem, porażającym serce, jakkolwiek w jego działaniu zachodzi pozorne podobieństwo do działania naparstnicy. Chemiczne pokrewieństwo baru i wapnia nasuwało myśl, że i sole wapniowe raczej porażają serce; tymczasem w piśmiennictwie były luźne wzmianki, przemawiające za tem, jakoby wapń był środkiem sercowym. Dla rozstrzygnięcia zagadnienia niezbędne były systematyczne i ścisłe badania zarówno kliniczne, jak i na zwierzętach; przeprowadzenie tych badań jest ogromną zasługą prelegenta. W toku ich wyłoniły się niektóre nowe zagadnienia, które mogą stanowić przedmiot nowej pracy.

Prof. Latkowski przypomina prelegentowi, że w pracy swej ogłoszonej w r. 1906 i 1914, o roli soli wapniowych w ustroju, wykazał w szeregu doświadczeń na zwierzętach, iż sole wapniowe zwiększają energję skurczów serca i podnoszą ciśnienie krwi. Optimum działania zaznacza się przy podwójnem zwiększeniu liczby jonów wapniowych we krwi. Kol. Tempka pominął tę pracę zupełnem milczeniem, choć są to pierwsze polskie, a jedne z dawniejszych w piśmiennictwie ogólnem badania w tej sprawie. Co do wpływu Ca na serce, to działanie jego jest bardzo złożone, czem się zajmowało w najnowszych czasach szereg badaczy. W badaniach tych, obok wpływu na samo serce i poszczególne jego odcinki, trzeba uwzględnić wpływ nerwów sercowych i to tak nerwu błędnego, jak i nerwu współczulnego. Zdanie zaś prelegenta, że Ca wpływa tylko na nerw błędny powinno uledz rewizji, gdyż obok badań dawniej-

szych (Bochmana, Busquet i Pachon i Loewi), wskazujących wpływ soli wapniowych na nerw błędny, w ostatnich czasach większość autorów (Wiechowski i Langecker, Amster i Pick, Fröhlich, Kraus i Zondek) wskazuje, że Ca działa pobudzająco na nerw współczulny. Wpływ ten na nerwy sercowe, jak i na mięsień sercowy jest zależny od równowagi jonów w cieczy odżywiającej serce, jak nas o tem przedewszystkiem przekonują badania Busqueta i Pachona, Böhma, Loewiego, Amstera, Picka i Fröhlicha. Badania też Amstera i Picka wykazują, iż Ca działa różnie na poszczególne części serca i działa przedewszystkiem na komorę i zwoje komorowe, podczas gdy KCl działa na przedsionki i zwoje przedsionkowe. Między innymi Loewi wykazał, iż działanie naparstnicy i strofantyny jest zależne od zawartości wapnia w płynie odżywczym, zaś Hoffman porównuje działanie soli wapniowych do działania strofantyny.

Pietrkowski utrzymuje, że Ca wywołuje zmiany fizyczno-chemiczne w samym mięśniu sercowym, które są podobne do zmian po naparstnicy. Co do wpływu leczniczego soli wapniowych można zauważyć, iż sole wapniowe mogą mieć pomniejsze znaczenie w leczeniu chorób serca lekami z grupy naparstnicy.

Zresztą działanie ich jest ogólne, zależne od przemiany mineralnej. Ponieważ nawet małe zwiększenie jonów wapniowych wpływa na siłę i charakter skurczu mięśnia sercowego, i na działanie nerwów sercowych, możemy wnosić, iż zwiększenie jonów wapniowych nie zawsze może mieć znaczenie lecznicze, gdyż równowaga między jonami jest konieczna do prawidłowej czynności serca. Nadmiar jonów wapniowych może wywołać albo drżenie, albo tężcowe skurcze serca.

Po wstrzyknięciu $Ca\ Cl_2$ widział L. często napady częstoskurczu serca. Mogą też one wzmagać automatyzm komorowy, który przy rozszerzeniu przedsionków tak często daje się spostrzegać i przez to nie sprzyjać poprawie stanu serca i wyrównaniu zaburzeń w krążeniu; mogą też wzmagać przez to arytmię. Kol. Dr. Tempka podniósł w jednym wypadku brak wyniku leczniczego z powodu powikłań ze strony nerek. Mówca sądzi, że to nie może tłómaczyć złego wyniku leczniczego, gdyż wedle innych badań Ca działa moczopędnie, tak u ludzi zdrowych, jak i chorych na nerki. Wpływ moczopędny da się uzasadnić działaniem soli wapniowych na osmozę i na pęcznienie tkanek, co stwierdziły najnowsze badania Schadego i innych. Wpływ na podniesienie ciśnienia u chorych nie zawsze daje się zauważyć, owszem, często jest spadek ciśnienia po wstrzyknięciu $Ca\ Cl_2$, co można stwierdzić na chorych z osłabieniem serca, a co także zauważył Rose. Chcąc wytłumaczyć działanie na serce u chorych, należałoby oznaczać Ca we krwi i wyśledzić, czy od ilości Ca we krwi nie są zależne wyniki dodatnie, gdyż na działanie lecznicze może wpływać stopień dekalcynacji. Dr. *Pawlas*, sekretarz.

Tow. Lekarzy b. Galicji. — Sekcja Rzeszowska.

Posiedzenie w dniu 28 października 1923 r.

Obecnych 20 członków.

1) Kol. Dr. Maurer przedstawia a) chorego lat 18, izraelitę, z objawami **choroby Addisona.** Wszystkie cechy tego cierpienia są u chorego nader wybitnie zaznaczone. Jako powód zachorzenia nadnerczy możemy przyjąć w tym przypadku gruźlicę, gdyż chory ma zajęte gruczoły szyjne i szczyty płuc gruźlicą.

b) Chorą z trzeciorzędną kiłą rusztowania nosa i kości jarzmowej prawej. W toku leczenia wydzielił się martwak kostny z kości jarzmowej i rana szybko się zabliźnia.

2) Kol. Dr. Starzewski omawia szczegółowo mechanizm porodowy przy miednicy spłaszczonej (conjug. vera 8 cm) i przy położeniu twarzowem. W 12 godzin po rozpoczęciu akcji porodowej założył kleszcze Kiellanda. Nie bez trudu sprowadził główkę do cieśni; następnie zdjął kleszcze i założył je w wymiarze poprzecznym, wytaczając główkę prawidłowo i bez uszkodzeń. Główka dokonała w kleszczach prawidłowych zwrotów położenia twarzowego; dziecko żyło.

3) Kol. Dr. Hinze omawia swój przypadek operacji kleszczowej (kleszcze Kiellanda). Pierwszy poród wymóżdżenie. Następny kleszcze Kiellanda. Miednica rachit. płaska. Położenie czaszkowe. Mimo kilkunastu pociągnięć porodu dokonać nie mógł, ukończył zabieg wymóżdżeniem. Chora żadnej szkody nie poniosła.

W dyskusji kol. Starzewski poleca kleszcze Kiellanda jako uniwersalny instrument kleszczowy. Kol. Dr. Then chwali również kleszcze Kiellanda jako nader praktyczny i użyteczny instrument.

4) Kol. Dr. Hinze przedstawia szereg okazów anatomopatologicznych uzyskanych drogą operacyjną:

a) **Raka szyjki macicznej** z całą macicą i przydatkami, wydobytego operacją pochwową sposobem Schucharta. Operacja dozwoliła usunąć dokładnie oba przymacicza zajęte nowotworem. Chora, lat 24 licząca, ma się zupełnie dobrze.

b) Macicę znacznie przerośniętą, której ściany dochodzą grubości 2 palców, usuniętą również operacją pochwową. Chora cierpiała na krwotoki, nie dające się opanować.

c) Trzon macicy wraz z **olbrzymiemi guzami**, wychodzącemi z przydatków macicznych. Guzy te były torbielami, wypełnionemi cuchnącą ropą (pyosalpinx i pyovarium). Pacjentka była już przed kilkoma laty operowana na ropne zapalenie zatok miednicy małej, cięciem wzdłuż talerza biodrowego. Obecnie wykonano zabieg z linji środkowej, wchodząc pomiędzy pęcherz moczowy i zrosty otrzewnowe od tyłu. Zabieg powiódł się bez otwarcia zrostów i chora jest na drodze do zupełnego wyzdrowienia.

d) **Torbiel jajnikowy** międzywięzadłowy, wielkości głowy mężczyzny, usunięty cięciem poprzecznem Pfannenstiela.

e) **Wyrostek robaczkowy** z wolnem przebiciem ropnia do jamy brzusznej. Chory, u którego było rozlane zapalenie otrzewnej, ma się dobrze (3 dni po zabiegu).

Z rekonwalescentów przedstawiono:

a) Chorą po operacji **raka żuchwy** i policzka. Operacja plastyczna sposobem Izraela. Część płatu szyjnego uległa nekrozie — mimo tego wynik jest zadowalający.

b) Dwóch ozdrowieńców po **wycięciu wola** sposobem Kochera. Jeden z nich przeszedł ciężkie zapalenie płuc, które się po dwóch dniach przesiliło. Mówca zwraca uwagę na dyspozycję pewnych osobników do zapaleń; katary oskrzeli, zmiany podobne nosa i dróg oddechowych stanowią niejednokrotnie jeden z powodów tego groźnego powikłania. Wiele również zależy od sposobu operowania. Niepotrzebne odsłanianie nerwów, zbliżanie się zbyt wielkie do tchawicy, są również czynnikami szkodliwemi.

c) Chorego mężczyznę, lat 70, z **rakiem przełyku.** Założono przetokę żołądkową (z pominięciem sposobów Witzel, Kader), która funkcjonuje doskonale. Przetokę tę można utrzymać czysto, a wielki materjał klinik i oddziałów wiedeńskich wykazał niezbicie, że wynik operacyjny nie zależy wcale od sposobu, w jaki przetokę zakładamy. Każda przetoka z biegiem czasu nabiera wyglądu przetoki prostej — o czem i my się w naszym szpitalu przekonaliśmy.

5) Na zakończenie omawiano sprawy **partactwa lekarskiego**, zakorzenionego głęboko w tutejszych powiatach.

Niezwykłej sławy zażywa partacz, ksiądz Kulczycki — którego ludność uważa za cudownego lekarza. Nie pomogło odnoszenie się do władz przełożonych. Świat lekarski stoi bezradnie i bezbronnie wobec szkód wyrządzanych przez podobne osobniki. Ludność ponosi również wielkie szkody. Dowodem tego jest chociażby ten przykład, że ksiądz Kul. leczy niedrożność jelitową kroplami, ze skutkiem śmiertelnym.

Sprawy zawodowe.

Państwowy podatek przemysłowy i lekarze.

Art. 5. p. 9. ustawy z dnia 14 maja 1923 r. w przedmiocie państwowego podatku przemysłowego głosi: »za obrót polegający opodatkowaniu uważa się: dla zajęć przemysłowych i samodzielnych wolnych zajęć zawodowych — zarobek brutto«. Pod artykuł ten podciągnięto lekarzy, naukę i wiedzę lekarską zarówno z innemi placówkami przemysłu i handlu i kazano nam płacić odsetek od »zarobków brutto«. Lecz jeśli któremu z nas zdarzy się zachorować lub opuścić na pewien czas miejsce pracy dla odpoczynku, wtedy »obrót« jego staje się wielkością ujemną, podczas gdy za właściciela objektu przemysłowo-handlowego w identycznych warunkach pracują robotnicy, subjekci, zarządzający i inni pracownicy.

Ale przypuśćmy, że dla ratowania skarbu Państwa to opodatkowanie jest konieczne i nieodzowne, w takim razie niech »obroty« nasze będą ustalane sprawiedliwie i choć w przybliżeniu zgodnie z rzeczywistością. Tymczasem tak nie jest. Miasteczko, gdzie od lat kilkunastu praktykuję, liczy niespełna 6000 m., przeważnie drobnych rolników i rzemieślników. Okolica niezbyt zamożna, mało- i średniorolni włościanie, których »legendarne bogactwo« należy już do przeszłości. Otóż komisja czyli »organ wymiarowy« ustaliła mój obrót za 1-e półrocze r. b. na 60 (wyraźnie sześćdziesiąt) miljonów mkp., gdy rzeczywisty mój dochód z praktyki, najściślej obliczony według księgi chorych, wyniósł niespełna 17 miljonów czyli prawie $^1/_4$ część. Dodać należy, że w miasteczku praktykuje dwóch felczerów, którym Sejm Ustawodawczy zapewnił znacznie szersze prawa w »partactwie leczniczem«, niż mieli przed wojną. Prócz tego mieszkają jeszcze dwie akuszerki, które poza porodami zajmują się również leczeniem kobiet i dzieci i wraz z felczerami w poważny sposób uszczuplają dochody lekarza. Podług ustawy zaś ani felczerzy, ani akuszerki widocznie nie stanowią wolnych zawodów, bo do płacenia podatku obrotowego pociągnięci nie zostali. Stosunki, jakie tu w krótkości podałem, panują prawie w każdem miasteczku dawnego zaboru rosyjskiego i niestety, nie od nas, lekarzy, zależy aby je zmienić. Nadomiar złego w organach wymierzających sumę obrotu przemysłowego dla lekarzy, n. p. w powiecie Grójeckim, niema ani jednego lekarza, chociaż praktykuje nas 10 w powiecie, i dane o obrocie komisja czerpie od ludzi, nie mających najmniejszego pojęcia, a najczęściej pojęcie przesadzone o naszych zarobkach na prowincji. Że tak jest w istocie, stwierdzają zakomunikowane mi skargi innych kolegów, zamieszkałych i praktykujących w b. zaborze rosyjskim. Za pośrednictwem poczytnej »Polskiej Gazety lekarskiej« zwracam się do Związku lekarzy P. P., by zażądał od Izb Skarbowych zasiągania opinji przy wymiarze podatku obrotowego od przedstawiciela lekarzy danego powiatu, którym może być ad hoc de-

KONKURS.

Wydział powiatowy w Lisku rozpisał konkurs na posadę lekarza okręgowego w Cisnej.

Bliższe warunki poda Wydział powiatowy.

Komisarz rządowy.